Medicaţia afecţiunilor dermatologice

EDITURA MEDICALĂ

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
DIRECȚIA FARMACEUTICĂ ȘI A APARATURII MEDICALE

Medicația afecțiunilor dermatologice

Prof. dr. docent SCARLAT LONGHIN membru al Academiei de Medicină, membru corespondent al Academiei R.S.R.
conf. dr. ALEXANDRU DIMITRESCU

EDITURA MEDICALĂ
București, 1970

Scanned with OKEN Scanner

Lucrare apărută sub îngrijirea
OFICIULUI CENTRAL FARMACEUTIC

Redactor de carte: Dr. JUSTIN DIACONU
Tehnoredactor: MARILENA TOMESCU

Bun de tipar: 7.IX.1970. Formatul: 16/70×100.
Hîrtie: scris I A 70×100/44. Coli de tipar: 20,25

Tiparul executat la Intreprinderea Poligrafică
INFORMAȚIA — Com. 157

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

Importantele și rapidele progrese făcute în ultimele decenii în medicină au dus la modificări radicale în terapia a numeroase dermatoze. Arsenalul terapeutic, foarte sărac altădată în domeniul bolilor de piele, s-a îmbogățit astăzi simțitor prin diversificarea mereu crescîndă a preparatelor medicamentoase.

Scopul lucrării de față este tocmai de a prezenta terapia revizuită și completată a bolilor de piele în lumina concepțiilor etio-patogenice actuale și a achizițiilor recente în domeniul chimioterapiei, fără a neglija însă și unele medicații sau procedee terapeutice clasice, care și-au făcut din plin dovada eficacității lor.

Prezenta lucrare nu are pretenția unui tratat exhaustiv ; ea reprezintă un îndreptar care se adresează tînărului specialist dermatolog și medicului practician de altă specialitate, și în care partea de terapie este precedată de unele date clinice esențiale, necesare în orientarea diagnosticului, și de o scurtă prezentare a concepțiilor etio-patogenice azi admise, care să permită instituirea unei terapii cît mai moderne și mai raționale. O atenție deosebită a fost acordată tratamentului biologic, a cărui importanță considerăm că nu a fost cu nimic știrbită de chimioterapia și antibioterapia modernă.

Alături de concepțiile personale, bazate pe o largă experiență, au fost reținute și date din bogata bibliografie terapeutică existentă, românească și străină, pe care le-am redat pe cît posibil în mod critic, arătîndu-le atît beneficiile, cît și riscurile și dezavantajele.

Am căutat între altele să nu tratăm izolat organul cutanat, ci integrat în contextul tulburărilor complexe ale organismului, în particular în corelație cu acelea ale sistemului nervos, ale aparatului digestiv și ale glandelor endocrine.

Pentru o mai ușoară înțelegere, capitolele care compun lucrarea au fost alcătuite pe grupuri de boli înrudite sau apropiate din punct de vedere etiologic și patogenic.

În enumerarea diferitelor medicații și metode de tratament, am ținut seama pe cît posibil de o ierarhizare după valoarea lor terapeutică; au fost citate deopotrivă în acest sens, atît preparatele românești, care de cele mai multe ori s-au arătat comparabile ca eficacitate și toleranță cu omoloagele lor străine de largă aplicabilitate și cunoscută reputație, cît și produsele de import incluse în nomenclatorul de medicamente pe anul 1970, aprobat de Ministerul Sănătății.

Ne cerem scuze pentru faptul de a ne fi repetat în diferitele capitole cu privire la medicamentele frecvent utilizate; am preferat acest procedeu, mai comod, aceluia de trimiteri la alte capitole, care nu ar fi făcut decît să îngreuneze lectura.

Salutăm inițiativa Ministerului Sănătății de a difuza în întreaga rețea medicală acest îndreptar, care, alături de altele publicate sau care urmează să fie tipărite, va veni să completeze rîndurile bibliotecii fiecărui medic practician.

Autorii

Scanned with OKEN Scanner

TABLA DE MATERII

Pag

Prefaţă 7

Cap. I. **Dermatoze infecţioase**

1. Piodermitele 15

A. Piodermitele stafilococice 15

Foliculitele acute 15
Foliculita profundă cronică (sicozisul vulgar) 15
Sicozisul lupoid (Brocq) 16
Botriomicomul (granulomul telangiectazic) 16
Furunculul 16
Hidrosadenita 16
Piodermitele vegetante 17
Urciorul 17
Abcesele miliare ale sugarului 17
Perionixisul stafilococic 17
Tratamentul piodermitelor stafilococice 17

B. Piodermitele streptococice 26

Impetigoul vulgar (impetigoul contagios Tilbury-Fox) 26
Ectima (impetigo ectima) 27
Perleşul (zăbăluţa) 27
Turniola 27
Intertrigoul retroauricular 27
Otita cronică externă 27
Erizipelul 27
Pemfigusul epidemic al nou-născuţilor 28
Tumoarea granulomatoasă a limbii 28
Tratamentul piodermitelor streptococice 28

2. Tuberculozele cutanate 31

A. Tuberculozele cutanate tipice 31

Şancrul tuberculos 31
Lupusul vulgar 32
Tuberculoza verucoasă 32
Scrofuloderma (goma tuberculoasă) 33
Ulcerul tuberculos 33
Tuberculul anatomic 33
Tuberculoza fongoasă 33

Pag.

B. Tuberculozele cutanate atipice (tuberculidele) 33

Lichen scrofulosorum 33
Tuberculidele papulo-necrotice 34
Eritemul indurat Bazin 34

C. Sarcoidoza (boala Besnier-Boeck-Schaumann) 39

3. Cărbunele cutanat 40
4. Difteria cutanată 41
5. Rinoscleromul 42
6. Piodermita gangrenoasă (fagedenismul geografic) 43
7. Erizipeloidul Baker-Rosenbach 44

Cap. II. **Virozele cutanate**

1. Verucile 46

A. Verucile plane 46
B. Verucile vulgare 46
C. Verucile plantare 46
D. Papiloamele cornoase (acantoamele virotice) ale feței 47
E. Vegetațiile veneriene (condiloamele acuminate) 47

2. Molluscum contagiosum 49
3. Herpesul 50
4. Herpesul zoster (zona Zoster) 52
5. Aftele 55
6. Pustuloza variceliformă (varioliformă) Kaposi-Juliusberg 57

Cap. III. **Dermatoze produse de paraziți animali**

1. Pediculoza 60

Pediculoza capului 60
Pediculoza corpului 61
Pediculoza ftiriazică (pubiană) 61

2. Scabia 61
3. Larva migrans (miaza migratoare, boala R. Lee) 63
4. Cisticercoza (ladreria) cutanată 64

Cap. IV. **Dermatoze provocate de paraziți micotici (fungici)** 66

A. Epidermomicozele pielii păroase a capului 66

Microsporia 66
Favusul 66
Tricofiția uscată a pielii păroase 67
Tricofițiile supurate (foliculitele tricofitice) 68
1. Sicozisul tricofitic al bărbii 69
2. Kerion *Celsi* 69
Tricofițiile pielii glabre 70

B. Epidermomicozele pielii glabre 70

Pitiriazisul versicolor 70
Eritrasma 72

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Epidermofiţia inghinală (eczema *marginatum Hebra*) 72
Epidermofiţia palmo-plantară şi epidermofiţia interdigitală 72

C. Micoze cutanate profunde 74

Actinomicoza 74
Sporotricoza 76
Micetomul 77

D. Candidozele cutaneo-mucoase 77

I. Candidozele cutanate 78

Intertrigouri 78
Dermo-epidermita (dermita eczematiformă) cu levuri 78

II. Candidozele mucoaselor 78

Stomatita cu levuri 78
Muguet-ul 79
Perleşul 79
Cheilitele 79
Balanitele şi balano-postitele cu levuri 79
Vulvo-vaginita candidozică 79

III. Onixisul şi perionixisul candidozic 79

IV. Granulomul candidozic (moniliazic) 80
Onicomicozele 83

Cap. V. **Dermatoze provocate de agenţi mecanici şi fizici**

Calozităţile (durillon-ul) 85
Bătătura 86
Arsurile 87
Eritemul pernio 92
Radiodermita 95

Cap. VI. **Dermatozele alergice**

A. Eczemele 99

I. Eczemele de cauză externă 100

Eczemele chimice, medicamentoase (dermitele de contact) 100
Dermitele eczematiforme (eczemele prin factori fizici) 100
Dermitele eczematiforme microbiene 101
Dermitele eczematiforme micotice 101
II. Eczema de cauză internă (numulară, constituţională, vulgară) 102

B. Urticaria 112
C. Erupţii alergice de origine medicamentoasă şi alimentară 114
D. Dishidroza 117
E. Dermatita atopică 119
F. Neurodermita [pruritul circumscris cu lichenificare ; lichen simplex (Vidal)] 122
G. Prurigurile 124
H. Prurigourile 131
J. Dermatita de scutece sau de amoniac 137

Cap. VII. **Sindroame cutanate de cauze diverse**

A. Eritemul polimorf 139
B. Ectodermoza erozivă pluriorificială 140

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

C. Eritemul nodos 141
D. Eritrodermiile 143

Dermatita exfoliativă Wilson-Brocq 144
Pitiriazis rubra Hebra-Jadassohn 144
Eritrodermia arsenicală 144
Eritrodermia aurică 145
Eritrodermiile de origine infecțioasă (streptococică) 145
Dermatita exfoliativă a sugarului (Ritter von Rittersheim) 149
Eritrodermia descuamativă Leiner-Moussous 150

E. Eczematidele (parakeratozele) 151

Eczematidele pitiriaziforme și psoriaziforme 152

Cap. VIII. **Dermatoze de cauză necunoscută**

Diskeratoza foliculară (boala Darier) 155
Pemfigusul 156

1. Pemfigusul vulgar (p. adevărat, p. malign) 157
2. Pemfigusul vegetant 157
3. Pemfigusul foliaceu 157
4. Pemfigusul seboreic (sindromul Senear-Usher) 158

Dermatita herpetiformă Dühring-Brocq 159
Impetigoul herpetiform (Hebra) 161
Pitiriazisul rubra pilar 162
Pitiriazisul rozat Gibert 163
Epidermolizele buloase 165

1. Epidermoliza buloasă simplă (Köbner) 165
2. Epidermoliza buloasă distrofică (displazică) 165

Acrodermita continuă Hallopeau 167
Psoriazisul 168
Parapsoriazisurile 171

1. Parapsoriazisul în picături 171
2. Parapsoriazisul în plăci 172
3. Parapsoriazisul lichenoid (lichen variegatus) 172

Lichenul plan 173
Lichenul sclero-atrofic 176
Lichenul nitidus 176

Lichenul striatus 177
Granulomul inelar 178

Eritemul inelar centrifug (Darier) 179
Eritemul cronic migrator (Lipschütz) 180
Paniculita nodulară febrilă nesupurativă (boala Weber-Christian) 180
Papuloza atrofiantă malignă (boala Degos) 181

Cap. IX. **Atrofii — distrofii**

Anetodermia 182
Atrofodermia vermiculată a obrajilor 183
Acrodermita cronică atrofiantă (boala Pick-Herxheimer) 183
Acantozis nigricans 185
Epidermodisplazia veruciformă (Lewandowski-Lutz) 186

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Ihtioza 187
Hiperkeratozele (keratodermiile) palmo-plantare 188

A. Keratodermiile palmo-plantare congenitale 188

1. Boala de Meleda 188
2. Keratodermia difuză palmo-plantară Thost-Unna 188

B. Keratodermiile dobîndite, esențiale 189

1. Porokeratoza simplă Brocq-Mantoux 189

C. Keratodermiile palmo-plantare simptomatice 189

Keratoza foliculară (pilară) 190
Retracția aponevrotică palmară 191
Induratia plastică a corpilor cavernoși 192

Cap. X. **Dermatita seboreică**

Cap. XI. **Dermatoze în legătură cu tulburări de metabolism**

A. Porfiriile cutanate 197

Porfiriile eritropoietice 197

Hidroa vacciniformă sau estivală (Bazin) 197
Porfiria congenitală mutilantă 198

Porfiriile hepatice 198

1. Porfiria cronică (tardivă) a adultului 198

B. Dislipoidoza (Oppenheim-Urbach) 200
C. Amiloidozele cutanate 201
D. Mucinozele 202

Mucinoza foliculară 202
Mixedemul circumscris 203

E. Xantoamele 205

Xantelasma 205
Xantomatoza hipercolesterolemică ereditară esențială 206

Cap. XII. **Colagenozele cu manifestări cutanate**

Lupusul eritematos 208

1. Lupusul eritematos acut diseminat (lupusul eritematos sistemic) 208
2. Lupusul eritematos subacut 210
3. Lupusul eritematos cronic 211

Sclerodermiile 213

I. Sclerodermiile generalizate 213
II. Sclerodermia edematoasă (Hardy) 213
III. Scleremul edematos al nou-născutului 214
IV. Sclerodermiile circumscrise 214

Pag.

1. Sclerodermia în plăci (morfee) 214
2. Sclerodermia în bandă 214
3. Sclerodermia inelară 214
4. Sclerodermia în picături (morfeea în picături) 215

Dermatomiozita 217

1. Forma acută Wagner-Unverricht 217
2. Forma cronică Petges-Clejat (poikilo-dermatomiozită) 217

Poliarterita (periarterita) nodoasă 219
Distrofiile țesutului elastic 221

1. Dermatoliza 221
2. Cutis hiperelastica 221
3. Pseudoxantomul elastic (Darier) 221
4. Elastomul difuz al pielii (Dubreuilh) 221

Cap. XIII. **Dermatoze prin tulburări vasculare și circulatorii**

Purpurele 223
Hemosiderozele 225
Vascularitele 227
Dermita livedoidă și gangrenoasă Nicolau 228
Ulcerul gambei (ulcerul varicos) 230
Acrocianoza esențială (acroasfixia Crocq-Cassierer) 234
Acrodinia 235
Eritrocianoza supramaleolară 237
Boala Raynaud 238
Elefantiazisul 263

Cap. XIV. **Discromiile**

Vitiligoul 241
Efelidele 243
Cloasma 244
Melanoza Riehl 245
Incontinentia pigmenti 246

Cap. XV. **Dermatoze prin tulburări ale sistemului reticulo-histiocitar**

A. Reticulozele benigne 247

Limfadenita cutanată benignă (limfocitoamele) 247
Angiosarcomatoza Kaposi 248
Mastocitozele 249

B. Reticulozele cutanate maligne (hematodermii) 251
C. Micozisul fongoid 252

Cap. XVI. **Tumori cutanate benigne**

Nevii 255
Tumorile chistice 256
Lipoamele 257
Fibroamele cutanate 258
Cheloidul 259

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Angioamele (nevii vasculari) 260
Limfangioamele 261
Veruca seboreică 262
Keratoacantomul 263

Cap. XVII. Dermatozele precanceroase

Leucoplazia 265
Keratoza senilă și solară 266
Melanoza circumscrisă precanceroasă Dubreuilh 267
Boala Bowen 268
Boala Paget 269
Xeroderma pigmentosum 270

Cap. XVIII. Tumorile maligne ale pielii

Epitelioamele cutanate 272

1. Epitelioamele bazocelulare 272
2. Epitelioamele spinocelulare 273

Sarcoamele cutanate 275
Dermatofibromul progresiv recidivant Darier-Ferrand 277
Melanomul malign (nevocarcinomul) 277

Cap. XIX. Bolile anexelor pielii

Acneele 280

1. Acneea polimorfă juvenilă sau vulgară 280
2. Acneea rozacee 280
3. Acneele profesionale și medicamentoase 281
4. Acneea conglobată 281
5. Acneea necrotică 282
6. Acneea cheloidiană (foliculita pseudocheloidiană) a cefei 286

Rinofima 287
Alopeciile 287

A. Alopeciile congenitale 287
B. Alopeciile dobîndite 288

I. Alopeciile necicatriceale 288
Alopecia difuză simptomatică 288

Alopecia de origine chimică 288

Alopecia prematură a bărbaților 288
Pelada (alopecia areata) 291
II. Alopeciile cicatriceale. Pseudopelada Brocq și stările pseudopeladice (alopeciile maculoase cicatriceale) 293
Canitia 294
Pitiriasisul simplu (uscat) al pielii capului (mătreața) 294
Hiperhidroza 295
Boala Fox-Fordyce 296
Miliaria 297

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

1. Miliaria cristalină 297
2. Miliaria roşie 297
3. Miliaria profundă 297

Granulosis rubra nasi 298

Cap. XX. Boli ale mucoasei bucale

Cheilitele 300

Stomatitele acute banale 302
Glosodinia (glosopiroza) 303
Glositele cronice 304
1. Glosita losangică mediană (Brocq-Pautrier) 304
2. Glosita exfoliativă marginată (geografică) 304
3. Glosite depapilante de cauze diverse 304
4. Limba albă viloasă şi limba neagră viloasă 304
5. Limba scrotală 305

Cap. XXI. Boli ale mucoasei genitale

Balano-postitele 307
1. Balano-postite medicamentoase 307
2. Balano-postite diabetice 307
3. Balano-postite infecţioase 307
Kraurozisul penian 309
Kraurozisul vulvar 310

Cap. XXII. Indicaţiile corticoterapiei în dermatologie

Bibliografie 317

Scanned with OKEN Scanner

I

DERMATOZE INFECȚIOASE

1. PIODERMITELE

Sînt procese inflamatoare și supurative ale pielii, acute, subacute sau cronice, datorite piococilor banali (stafilococi și streptococi) care trăiesc saprofitar pe tegumente și mucoase ; ei devin patogeni în anumite condiții anormale, create de factori locali sau generali.

A. PIODERMITELE STAFILOCOCICE

FOLICULITELE ACUTE

Se manifestă prin mici pustule galben-verzui, de 1—3 mm în diametru, pe o bază inflamatoare, situate la nivelul foliculilor pilo-sebacei. Spontan sau prin ruperea pustulelor, conținutul purulent se concretizează în cruste. Vindecarea se face fără cicatrice. Sînt cu predilecție atinse regiunile păroase. Uneori foliculitele iau aspectul unei erupții cu elemente multiple grupate, realizînd prin confluare cruste gălbui impetigoide (impetigo stafilococic Bockhart).

FOLICULITA PROFUNDĂ CRONICĂ (SICOZISUL VULGAR)

Apanaj al adultului, are ca sediu de elecție barba, mai rar alte regiuni păroase. Atinge simetric fețele laterale ale obrajilor și bărbiei. Adesea se localizează la regiunea subnarinară, ca o complicație a unei corize sau a unei rinite cronice. Caracterul cronic recidivant, de lungă durată, al afecțiunii se explică prin existența microabceselor profunde, în

„ceas de nisip", greu accesibile diferitelor medicații antimicrobiene utilizate ; ele favorizează reproducerea îndelungată a pustulelor de la suprafața foliculului. Perii nu sînt în general căzuți, sau sînt căzuți difuz.

SICOZISUL LUPOID (BROCQ)

Formă clinică particulară, caracterizată prin gruparea foliculitelor profunde cronice într-un placard circumscris, localizat pe obraji ; el realizează aci o alopecie cicatriceală cu extensie lent centrifugă simulînd un lupus tuberculos.

BOTRIOMICOMUL (GRANULOMUL TELANGIECTAZIC)

Este o tumoare moale, globuloasă, de la volumul unui bob de mazăre pînă la acela al unei alune, roșie, erozivă, sîngerîndă, ușor strangulată la bază. Apare consecutiv și pe locul unei mici plăgi sau zgîrieturi infectate, pe degete, în repliul periungheal, pe buze, limbă, pielea capului, conductul extern al urechii etc.

FURUNCULUL

Este o foliculită profundă acută cu perifoliculită necrozantă, soldîndu-se cu formarea unui dop sfacelar *(„bourbillon")* ; după eliminarea acestuia rămîne o depresiune crateriformă prin care se scurge la presiune un puroi gros, cremos. Sediul furunculului este ubicuitar, cu preferință pe ceafă, spate, fese, perineu, membrele inferioare, față. Cele situate pe buza superioară și în vestibulul nazal comportă riscul unei flebite și tromboze a sinusurilor venoase de la baza craniului.

Furunculul antracoid este constituit dintr-o aglomerare de furuncule, debutînd adesea prin semne generale importante. Eliminarea dopurilor sfacelare, multiple, lasă o suprafață presărată cu orificii și ulcerații anfractuoase, care se cicatrizează lent, în cîteva săptămîni. Se întîlnește frecvent la diabetici, vîrstnici, debilitați, la care afecțiunea are un prognostic rezervat.

Furunculoza este starea creată de repetarea furunculelor timp de mai multe săptămîni, luni sau chiar ani. Cauzele furunculozei sînt locale (proastă igienă locală) sau generale (hiperglicemie, hipovitaminoze, debilitate, surmenaj, intoxicații cronice).

HIDROSADENITA

Este un proces inflamator acut sau subacut al glandelor apocrine de la nivelul axilei, mai rar al celor de la nivelul perineului, realizînd abcese tuberoase intra- sau subdermice, foarte dureroase. Evoluează spre resorbție lentă sau deschidere spontană, cu supurație prelungită luni de zile. Recidivele sînt foarte frecvente.

Scanned with OKEN Scanner

PIODERMITELE VEGETANTE

Apar fie primitiv, debutînd prin pustule foliculare, fie secundar, pe suprafaţa erozivă a unor piodermite buloase. Se localizează oriunde pe corp, dar mai ales pe faţa dorsală a mîinilor, a antebraţelor, la axile, în pliul interfesier, în jurul orificiilor naturale ale feţei. Leziunile se prezintă sub forma unor placarde vegetante papilomatoase, bine delimitate, cu margini curbilinii, secretînde, fetide, cu evoluţie lent excentrică ; periferia este marcată de un chenar de pustule care se dezvoltă pe un halou inflamator roşu-violaceu. Există forme verucoase, simulînd tuberculoza verucoasă, şi forme tumorale, simulînd epiteliomul spinocelular.

URCIORUL

Este o foliculită acută profundă a genelor. Uneori ia un caracter recidivant, avînd adesea ca fond o blefarită ciliară cronică, considerată de mulţi ca o manifestare a unei dermatite seboreice.

ABCESELE MILIARE ALE SUGARULUI

Se manifestă prin mici abcese ale glandelor sudoripare, apărînd în primele luni de viaţă. Debutează printr-o discretă pustulă, căreia îi urmează un mic nodul inflamator dermic. Ulterior acesta se moaie, transformîndu-se într-un abces, cu pielea supraiacentă roşie-violacee. Abcesele cu sediu mai profund sînt mai voluminoase (bob de mazăre). Sînt atinşi copiii debilitaţi, prost nutriţi, în cursul sau după boli anergizante, cei cu diaree cronice etc., şi cei cu o proastă igienă. Netratate, abcesele se deschid şi supurează un timp îndelungat.

PERIONIXISUL STAFILOCOCIC

Se traduce printr-o inflamaţie a pliului şi repliului periungheal, cu localizare aproape exclusiv la degetele mîinilor. La picior este atins numai degetul mare („unghie incarnată"). La presiune apare, de sub repliul edemaţiat şi dureros, o mică picătură de puroi. Între factorii care contribuie la apariţia sa sînt : traumatismele (manichiura), macerarea şi contactul prelungit cu substanţe alcaline (gospodine care spală cu săpun şi detergenţi), iar la picior, încălţămintea strîmtă.

TRATAMENTUL PIODERMITELOR STAFILOCOCICE

Cîteva principii sînt necesare în ghidarea tratamentului acestor piodermite : a) tratamente mixte antibio- şi imunoterapice ; b) determinarea sensibilităţii *in vitro* a germenilor faţă de diferite antibiotice curent utilizate ; c) cercetarea glicemiei în cazurile recidivante cronice ; d) sterilizarea (tratarea) eventualelor focare de infecţii latente surse posibile ale inoculărilor cutanate (amigdalite, rino-sinuzite ş.a.).

Scanned with OKEN Scanner

Va fi individualizat de la caz la caz. În general este indicat numai în cazurile cu leziuni multiple, intense, cu tendință la extindere și însoțite de alterarea stării generale, la diabetici și debilitați, la care există riscuri de diseminare septicemică ; este obligatoriu în furunculele buzei superioare, nasului și regiunii periorbitare. Tratamentul general își mai găsește o indicație și în cazurile cronice recidivante (furunculoză, hidrosadenită, sicozis, abcese miliare ale sugarului).

Antibioterapia. În piodermitele stafilococice abuzul de antibiotice este proscris, din cauza riscurilor de a crea tulpini rezistente. În cazul administrării antibioticelor, ele vor fi indicate pe cît posibil în raport cu sensibilitatea germenului izolat testată *in vitro*. Dacă efectuarea antibiogramei nu este posibilă sau dacă gravitatea cazului nu permite așteptarea rezultatului, se vor administra antibiotice antistafilococice de elecție ; numai dacă acestea nu se arată active se va recunge la cele de rezervă sau la alte antibiotice active asupra stafilococului.

Penicilinele. Dacă printre antibioticele active *in vitro* este și penicilina, aceasta va constitui antibioticul de elecție, în speță *penicilina G*, în doză de 1 200 000—3 200 000 u./24 de ore.

Deseori însă stafilococii sînt sau devin repede rezistenți față de penicilina G ; rezistența față de aceasta se datorește cel mai adesea penicilinazei secretate de stafilococ. În astfel de cazuri se vor administra alte antibiotice (preferabil după efectuarea antibiogramei, pe cît posibil repetată, dată fiind marea variabilitate a sensibilității stafilococilor față de acestea) :

— *Peniciline semisintetice,* toate fiind derivați ai acidului 6 aminopenicilanic, și rezistente la penicilinază. Acestea sînt active față de majoritatea stafilococilor rezistenți la penicilina G :

— *Meticilina* (dimetoxibenzamidopenicilină) se administrează în doze mari (avînd, ca toate penicilinele semisintetice o activitate relativ mult mai slabă decît a penicilinei uzuale) : cîte 2—6 g/24 de ore ; la copii doza medie este de 100 mg/kilocorp/zi. Calea de administrare obișnuită este parenterală : intramuscular 1 g la 6 ore, sau intravenos 1 g dizolvat în 20 ml apă bidistilată, cîte 5 ml pe minut ;

— *Oxacilina* (metilfenilizoxazol-derivat) se administrează *per os* în doze de 2—4 g/24 de ore (rezistă la acțiunea acizilor) sau intramuscular, în patru prize. La copiii pînă la 2 ani și la sugari 1 g/24 de ore, de la 2 la 6 ani cîte 2 g/24 de ore ;

— *Ampicilina* (aminofenilacetamido-derivat) se administrează oral (rezistă la acțiunea acizilor), cîte 2—3 g/24 de ore (cîte 0,500—0,750 g la 6 ore) ; la copiii sub 2 ani, cîte 0,500 g/24 de ore. Este mai puțin activă ca penicilina G, dar mai activă decît tetraciclina și cloramfenicolul (în tratamentul stafilocociilor). Spre deosebire de celelalte peniciline semisintetice, este inactivată de penicilinază.

În legătură cu utilizarea penicilinelor semisintetice trebuie reținut că și ele pot deveni sensibile la penicilinază cînd aceasta este secretată în cantități mari de către stafilococ (ampicilina este sensibilă și la cantități mici).

Scanned with OKEN Scanner

Mai trebuie reținut în legătură cu utilizarea penicilinelor în general că ele pot fi cauza unor manifestări alergice, uneori dintre cele mai grave ; cei sensibili vor fi depistați prin anamneză sau teste alergologice.

În cazurile în care penicilina nu este activă *(in vitro* sau *in vivo)* se va recurge la antibioticele de rezervă, pe cît posibil și acestea testate prin antibiograme (în cazul stafilococului ele sînt : eritromicina, cloramfenicolul, tetraciclina, novobiocina) sau la antibiotice de excepție (kanamicina).

Astăzi, utilizarea acestora din urmă este foarte curentă, deoarece infecțiile cu stafilococi se datoresc din ce în ce mai frecvent unor tulpini „de spital", rezistente la antibioticele uzuale.

Eritromicina, antibiotic din grupul macrolidelor, cu acțiune asemănătoare penicilinei, se administrează pe cale orală în drajeuri, în 4 prize a cîte 30—50 mg/kilocorp/24 de ore ca doză medie, adică 2—3 g/24 de ore ; la copii 1—2 g/24 de ore. Este preferabil să se înghită o dată cu alte alimente.

Are spectru de acțiune ceva mai larg, asemănător penicilinei, și o acțiune sinergică cu aceasta, cu care se poate asocia. În cazurile foarte severe de stafilococie cu stare generală alterată, toxemică, sau furuncule ale buzei superioare, nărilor și periorbitare se va lua în considerație ipoteza cea mai gravă și se va decide începerea tratamentului cu doze mari de eritromicină (3—4 g/24 de ore) asociată cu penicilină G (3 200 000—4 800 000 u./24 de ore, repartizată în 6—8 prize) sau cu peniciline semisintetice (4—6 g/24 de ore). Posedă acțiune aditivă cu novobiocina. În cazurile grave sau în cele în care există contraindicații de administrare orală, eritromicina va fi introdusă pe cale intravenoasă sub formă de lactobionat de eritromicină ambalată în flacoane a 300 mg, doză echivalentă cu 300 000 u. Se va prepara o soluție-mamă 5% adăugînd în flacon 6 ml apă distilată (respectiv 50 mg/ml). Pentru administrarea intravenoasă, soluția-mamă se va dilua pînă la 1%, respectiv cu 4 volume de soluție glucozată izotonică, injectînd lent, în decurs de 5 minute. Doza în 24 de ore : 2—5 mg/kilocorp la fiecare 8—12 ore (300—1 000 mg/24 de ore). În formele foarte grave este preferabilă administrarea în perfuzie lentă, diluînd soluția-mamă în 250—500 ml dextroză 5%. Nu se va dizolva niciodată eritromicina în soluție fiziologică clorurată, deoarece precipită.

Se recomandă în general restrîngerea administrării de eritromicină, pe cît posibil numai în cazurile cu tulpini rezistente la alte antibiotice și sensibile la aceasta (antibiotic „de rezervă"), deoarece rezistența față de ea apare destul de ușor și repede, uneori brusc în cursul tratamentului.

Cloramfenicolul este un antibiotic cu spectru larg de acțiune, activ și în unele infecții cu stafilococi rezistenți la celelalte antibiotice. Posologie : pe cale orală 30—50 mg/kilocorp/24 de ore, adică 2—3 g ca doză medie în 24 de ore, în 4 prize ; în cazurile grave va putea fi urcată la 4 g. La copii 0,500—2 g/24 de ore (50 mg/kilocorp), în funcție de vîrstă și de gravitatea afecțiunii. La copiii sub 15 kg, doza va fi de 100—150 mg/kilocorp/24 de ore, divizată în 3—4 prize. La copii foarte mici (nou-născuți și sugari) se va administra numai în cazuri excepționale și nu se va depăși doza de 25 mg/kilocorp/24 de ore, iar la imaturi se va evita deoarece există pericol de accidente toxice grave, cu paloare, cianoză, distensie abdominală

Scanned with OKEN Scanner

și colaps (nefiind încă maturizată funcția de glicuronoconjugare hepatică). Se prescrie copiilor de preferință sub formă de sirop de palmitat de cloramfenicol, care are avantajul de a nu fi amar și de a nu-și pierde din activitate. Posologie : la copii cu peste 10 kg greutate cîte 250 mg la 6 ore (cîte 2 linguriţe ; o linguriță = 125 mg) ; sub 10 kg greutate corporală, cîte 125 mg la 6 ore.

În cazurile foarte grave, septicemice, și în cele în care există intoleranță gastrică sau contraindicații pentru calea orală, cloramfenicolul va fi administrat pe cale parenterală (intravenos sau intramuscular), sub formă de succinat de cloramfenicol (flacoane a 1 g). Doza medie la adulți este de 2—4 g/24 de ore, repartizată în 3—4 prize.

Calea rectală (supozitoare a 125 și 250 mg) este cea mai puțin eficace.

În caz de administrare orală se recomandă ingerarea antibioticului cu alimente, pentru a preîntîmpina fenomenele de intoleranță gastrică ; se vor administra concomitent bacterii lactice rezistente (iaurt) pentru a preveni o disbioză a florei microbiene intestinale, cu implicațiile care decurg din ea.

Are uneori acțiune sinergică cu tetraciclinele, cu care poate fi asociată. Rezistența la cloramfenicol se instalează relativ încet, de obicei nu apare în cursul tratamentului.

Se recomandă în general cure scurte (6—8 zile), din cauza riscurilor de accidente hematologice grave. Pentru același motiv, în cazurile ușoare și de gravitate relativă sînt recomandabile doze zilnice medii (1½—2 g), și nu doze mari (3—4 g).

Tetraciclina, antibiotic cu spectru larg de acțiune, este indicată în infecții cu stafilococi rezistenți la penicilină.

Posologia și calea de administrare : *per os,* la adult cîte 20—60 mg/kilocorp/24 de ore (1,5—4 g/24 de ore), doza medie uzuală fiind 2 g/24 de ore ; la copii, cîte 10—20 mg/kilocorp/24 de ore (0,250—1 g), repartizate în 4—6 prize.

În cazurile severe se poate administra sub formă injectabilă solvocilin (flac. a 300 mg) (pirolidinmetiltetraciclină) sau Reverin (flacoane a 110 și 275 mg pentru calea intravenoasă și flacoane a 150 mg pentru calea intramusculară). Doza zilnică este de 250—750 mg/24 de ore în 1—3 prize. La copii sub 3 ani se vor administra doze pînă la 110 mg/24 de ore.

Tetraciclina poate fi administrată în cure lungi dacă este bine tolerată, fiind foarte puțin toxică și rezistența germenilor la antibiotic instalîndu-se foarte lent. Are acțiune sinergică cu cloramfenicolul, cu care poate fi asociată. Dacă curele se prelungesc, se vor administra cu iaurt, vitamine din grupul B și cu stamicin : 3—4 drajeuri/zi.

Novobiocin (Nivecin) este un antibiotic cu acțiune intermediară între eritromicină și tetraciclină, dar cu speotru mai redus, foarte activ față de stafilococi, fiind indicat în infecțiile cu tulpini rezistente la alte antibiotice, inclusiv la eritromicină.

Posologie : adulți : *per os* 1—3 g/24 de ore în 4 prize ; la copii, 20—50 mg/kilocorp/24 de ore.

Scanned with OKEN Scanner

Posedă efecte bacteriostatice aditive cu eritromicina şi sinergice cu penicilina, streptomicina şi tetraciclinele, cu care se poate asocia.

La sugari este contraindicată, putînd produce accidente grave. Chiar la adulţi, tratamentul va fi supravegheat, controlîndu-se periodic hemoleucograma.

Kanamicina (Kano) este un antibiotic „de excepţie" din grupul neomicinei, viomicinei, paromomicinei, framicetinei, cu acţiune bacteriostatică şi bactericidă largă ca spectru, avînd ca indicaţie principală germenii gram-pozitivi ; este activ în special asupra stafilococilor rezistenţi la antibioticele uzuale.

Posologie şi cale de administrare : fiole a 0,5 şi 1 g în 3 ml solvent pentru uz parenteral : cîte 1—2 g/24 de ore la adulţi, intramuscular sau perfuzii intravenoase, fracţionate în 4—6 prize. La copii 15—30 mg/kilocorp/24 de ore. Curele nu vor depăşi durata de 6—7 zile (sau 15 g) din cauza toxicităţii renale şi a riscului de atingere a nervului auditiv (tratamentul va fi suprimat la primele semne de vertije, ţiuituri în ureche, ameţeli etc.). Rezistenţa la kanamicină se instalează lent.

Pristinamicina (Pyostacine) este un antibiotic de tipul penicilinei, cu efecte bacteriostatice şi bactericide asupra cocilor gram-pozitivi (în special a stafilococilor) şi gram-negativi ; reprezintă unul din antibioticele de rezervă în infecţiile stafilococice cu germeni rezistenţi la alte antibiotice.

Posologie : 2—4 g/24 de ore în 4—6 prize, ingerat o dată cu alimentele, sub formă de capsule a 250 mg. La copii : în medie 50—100 mg/kilocorp/24 de ore, în 4—6 prize (0,500—2 g, în raport cu greutatea). La copii mici şi sugari, capsulele vor fi dizolvate în puţin lapte sau apă îndulcită. Poate fi administrată în cure lungi (10 zile pînă la 1—2 luni). Rezistenţa naturală este redusă (10% din tulpinile de stafilococi) ; cea dobîndită apare foarte greu.

Rifamicina (Rifocine) este un antibiotic cu spectru relativ larg, bacteriostatic şi bactericid, indicat în infecţii cu stafilococi rezistenţi la alte antibiotice. Rezistenţa dobîndită se instalează repede ; asocierea cu alte antibiotice cu acţiune sinergică sau aditivă o întîrzie (eritromicină, cloramfenicol, uneori cu tetraciclină şi novobiocină).

Posologie : 10—30 mg/kilocorp/24 de ore (1—2 g), în capsule a 250 mg sau fiole a 125 şi 250 mg, în 2—3 prize. La copii sub 25 kg, doza zilnică este de 10—20 mg/kilocorp/24 de ore, în două prize. Pe cale parenterală se administrează fie intramuscular, fie intravenos (soluţie 10%).

Spiramicina (Rovamicina) este un antibiotic cu spectru restrîns, asemănător celui al eritromicinei. Considerat şi el antibiotic de rezervă, este indicat în infecţii stafilococice rezistente la penicilină. Rezistenţa se instalează repede.

Posologie : 2—3 g/24 de ore/*per os*, în comprimate a 250 mg, repartizate în 4 prize ; în cazuri grave, doza în 24 de ore se poate ridica la 4—5 g ; la copii sub 25 kg, 50 mg/kilocorp/24 de ore (în cazuri grave 100 mg/kilocorp/24 de ore). Are avantajul, ca şi eritromicina, de a nu influenţa decît în mică măsură flora intestinală coliformă.

Scanned with OKEN Scanner

În ce privește alegerea antibioticului în tratamentul diferitelor infecții stafilococice cutanate este recomandabil ca pe cît posibil să se efectueze antibiograma, atît în infecțiile acute severe, cît și în cele vechi recidivante. Dacă germenul în cauză este sensibil și la penicilină, aceasta va fi preferată în calitate de antibiotic „de elecție" al infecțiilor cu stafilococi ; eventual se vor indica peniciline semisintetice. Dacă stafilococul cauzal este rezistent la penicilină, se va alege unul din antibioticele față de care acest germen s-a arătat sensibil *in vitro*, și anume : tetraciclina, cloramfenicolul, pristinamicina (Pyostacine), față de care rezistența se instalează de obicei foarte încet ; numai dacă stafilococul respectiv se arată *in vitro* rezistent la aceste din urmă antibiotice și la penicilină, se va recurge la unul din antibioticele antistafilococice zise „de rezervă", care s-au arătat *in vitro* active, față de care însă rezistența se obține foarte ușor și rapid (uneori chiar în cursul tratamentului) : eritromicina, rovamicina, rifomicina, novobiocina.

În cazurile severe, în cele rebele la diferitele antibiotice uzuale sau în cele în care nu s-a putut efectua antibiograma, pentru a întîrzia apariția rezistenței se vor administra de la început în asociere două antibiotice cu acțiune sinergică sau aditivă : peniciline + eritromicină (cea mai indicată asociere), tetraciclină + cloramfenicol sau novobiocină + peniciline, eritromicină, tetraciclină etc.

În cazurile foarte severe se va recurge, dacă germenul este sensibil *in vitro*, la antibiotice de excepție, kanamicină și Reverin (vezi Tetraciclina).

Imunoterapia. *Imunoterapia activă.* Prescrisă atît cu titlu curativ, cît și preventiv, are în linii mari aceleași indicații ca și antibioterapia, căreia îi va fi asociată sistematic (forme acute, severe, și mai ales cronice recidivante) ; își găsește o deosebită indicație în infecțiile cu stafilococi polirezistenți la antibiotice.

Vaccinul antistafilococic (stokvaccin asociat eventual cu un autovaccin) se administrează subcutanat (sau intramuscular), la 2 zile, în doze progresiv crescînde, de la 0,1 la 1 ml, în total 10—12 injecții. Posedă importante proprietăți antigenice, putînd fi utilizat singur.

Anatoxina stafilococică se administrează după aceeași schemă ca și vaccinul antistafilococic, cu care poate fi asociat (se începe cu 0,1 ml din diluția 1/10). Pare să fie mai puțin activă ; asociată vaccinului, potențează activitatea anticorpoformatoare a acestuia.

Vaccinul polimicrobian (amestec în părți egale de macerate de culturi de stafilococ, streptococ și bacil piocianic), în doze progresiv crescînde, de la 0,1 la 0,5 ml, la 3 zile, intramuscular profund, total 5—6 injecții. Va fi administrat cu prudență, date fiind reacțiile generale pe care le poate produce.

Polidinul (amestec de 13 tulpini aparținînd mai multor specii de germeni, omorîți prin căldură, inclusiv 2 tulpini de stafilococ auriu) ; se administrează subcutanat (sau intramuscular) la 2 zile, cîte 1/2 fiolă, în total 8—10 injecții. Stimulează, atît specific, cît mai ales nespecific, mijloacele de apărare antiinfecțioasă ale organismului. La copii de 8—15 ani se vor administra jumătate din dozele adultului, iar la cei între 3 și 8 ani cîte un sfert ; la aceștia din urmă, vaccinul polimicrobian este contraindicat.

Scanned with OKEN Scanner

Vaccinoterapia va fi în general prelungită o perioadă de timp după vindecarea leziunilor, pentru a se preveni recăderile și recidivele (acestea sînt frecvente după tratamentul exclusiv cu antibiotice, care defavorizează imunizarea).

Seroterapia. Este indicată în infecțiile grave septicemice (Longhin) cu stafilococi rezistenți la antibiotice, în cele unde antibiograma nu a putut fi efectuată, în cazurile severe în care nu există la îndemînă antibiotice la care germenul este sensibil precum și în cele în care există contraindicații sau intoleranță față de antibioticul activ pe antibiogramă.

Serul antistafilococic, avînd o acțiune antitoxică, se administrează în doze de 50—100 ml în prima zi, după prealabila desensibilizare prin procedeul Besredka. Serul, încălzit la 37°, va fi injectat subcutanat și intramuscular. De preferat ca serul să fie diluat cu soluție fiziologică clorurată 9‰ în proporție de 1/2—1/4. Dacă starea bolnavului este gravă, serul poate fi injectat și intravenos (40—50 ml, iar restul subcutanat și intramuscular). În a doua zi de tratament se injectează 0,2 ml anatoxină stafilococică sau 0,1 ml vaccin antistafilococic, cît mai departe de locul unde a fost administrat serul. A treia zi bolnavul va primi 100 ml ser antistafilococic intramuscular sau subcutanat. A patra zi : 0,4 ml anatoxină stafilococică sau 0,2 ml vaccin antistafilococic. A cincea zi : 100 ml ser antistafilococic intramuscular sau subcutanat. A șasea zi va primi din nou anatoxină sau vaccin în doze crescute ; în continuare, săptămînal, doze mici de vaccin sau anatoxină ca tratament de întreținere. Anatoxina și vaccinul se asociază serului pentru a compensa acțiunea sa antimicrobiană mai slabă decît cea antitoxică.

Gamaglobulinoterapia. Gamaglobulinele conțin imunoglobuline serice umane în concentrație de 15,20—16,80% ; ele conferă imunitate pasivă pentru o durată de 2—3 săptămîni în diferitele boli infecto-contagioase. Sînt indicate în infecții cu stafilococi rezistenți la antibiotice și chimioterapice, la bolnavi la care acestea sînt contraindicate mai ales la cei debilitați care fac infecțiile în convalescența unor afecțiuni infecțioase anergizante, sau la cei care fac frecvente recidive și la care se bănuiește o a- sau hipogamaglobulinemie (îndeosebi la sugari suferind de „abcese multiple").

Se administrează intramuscular (calea intravenoasă este contraindicată), cîte o fiolă la 2—4 zile, în total 5—10 fiole (după vîrstă și gravitatea afecțiunii) ; la sugari cîte 0,2 ml/kilocorp, la 2 zile.

Antidiabeticele. Independent de diabet, care va fi cercetat sistematic și tratat conform prescripțiilor specialistului, este indicat ca în formele de piodermită cu stare generală alterată, în cele cu leziuni multiple și în cele cronice recidivante, să se asocieze celorlalte medicații insulină în doze mici (5—10 u./24 de ore subcutanat) sau preferabil hipoglicemiante de sinteză :

— *Tolbutamid (Diabetamida)* este o sulfamidă hipoglicemiantă care se administrează *per os* în doză de 1 g/24 de ore (2 comprimate a 0,50 g, cîte un comprimat după fiecare masă principală), în cure de 20—30 de zile (chiar dacă leziunile s-au vindecat) care se vor repeta la nevoie (în formele recidivante) după pauze de 10—15 zile ;

— *Meguanul* este un antibiotic cu acțiune hipoglicemiantă periferică aproape specifică, cu efecte mai evidente în hiperglicemiile ușoare. Se

Scanned with OKEN Scanner

administrează 1,5 g/24 de ore (3 comprimate a 0,50 g), cîte 1 comprimat după mese, timp de 15—20 de zile ; cura va putea fi repetată la nevoie după 10—15 zile, cu doze scăzute (1 g/24 de ore).

Concomitent cu hipoglicemiantele se va prescrie un regim alimentar sărac în glucide.

Alte medicaţii utilizate în infecţiile stafilococice :

— *Vitamina* B_1 are o acţiune uşor hipoglicemiantă intervenind în metabolismul glucidelor ; se administrează *per os* (3—6 comprimate a 0,01 g/24 de ore la adult şi 1—3 comprimate/24 de ore la copii, sau în injecţii, cîte o fiolă a 10 sau 25 mg (forte)/24 de ore la adult şi 1/2—1 fiolă a 10 mg/24 de ore la copil) ;

— *Vitamina F* este un concentrat de esteri etilici ai acizilor graşi esenţiali nesaturaţi, în capsule gelatinoase a 0,25 g şi soluţie pentru uz intern. Este indicată în furuncul (ozã) pentru acţiunea sa antinecrotizantă. Se administrează *per os*, la adulţi 4—5 capsule/24 de ore, la copii în soluţie, cîte 1—20 de picături/24 de ore, în raport cu vîrsta. Tratamentul durează 3—4 săptămîni.

TRATAMENTUL LOCAL

Este uneori suficient în infecţiile stafilococice uşoare cu leziuni discrete sau izolate ; el va fi, ca şi tratamentul general, individualizat în raport cu tipul clinic al stafilodermiei şi modificat de la caz la caz.

Foliculitele superficiale şi impetigo-ul Bockhart. După deschiderea (neobligatorie) a pustulelor cu pensa sau vîrful unui ac steril se va badijona sau tampona de două-trei ori/zi cu una din soluţiile :

— Fenosept (soluţie apoasă 2‰ de *hydrargyrum phenylboricum)*, care se va dilua 1/3—1/5 cu apă distilată sau alcool de 90° ;
— Decaderm (soluţie 0,5% de decametilenaminochinaldină) ;
— aqua Dalibouri diluată 1/3—1/5 cu apă distilată ;
— soluţie alcoolică salicilo-iodată 1%, de două ori pe zi ;
— soluţie apoasă 1% de violet de metil (genţiana) o dată pe zi :

Rp. Violet genţiana 0,20 g
Alcool rectif. 2 g
Apă distilată 18 g.

Facultativ se vor aplica unguente cu antibiotice şi chimioterapice antibacteriene, active în infecţiile cu stafilococi (faţă de cele din urmă nu există şi nu se creează rezistenţă) :

— unguent cu tetraciclină 3%, cu cloramfenicol 2%, cu neomicină 1% ;
— Decaderm unguent (0,4% decamentilenaminochinaldină) ;
— Saprosan unguent (3% dicloroxichinaldină) ;
— cremă sau pastă cu apă Dalibour :

1. *Rp.* Sulfat cupru, Sulfat zinc — aa 0,05 g
Apă distilată, Lanolină — aa 5 g
Vaselină 10 g

2. *Rp.* Sulfat cupru, Sulfat zinc — aa 0,05 g
Talc, Oxid zinc, Glicerină — aa 5 g
Apă q.s. pentru o pastă moale.

Scanned with OKEN Scanner

Sicozisul vulgar. Se aplică aceeaşi medicaţie locală ca la foliculitele superficiale ; se mai pot încerca cu efecte bune :

— infiltraţii intra- şi perilezionale cu o soluţie diluată de penicilină G (1 000 u./ml), la care se adaugă Xilină (realizînd 0,5% în amestec). Infiltraţiile se fac în cît mai multe puncte şi cît mai apropiate între ele, după care se încearcă epilarea perilor cu pensa ;

— ionizări cu sulfat de cupru (în soluţie apoasă 1 : 500), în şedinţe repetate şi pe zone diferite, în total 10—15 şedinţe ; acestea constituie unul din cele mai eficace procedee la care se poate recurge în caz de eşec al tratamentelor uzuale ;

— roentgenterapia epilatorie, azi rar utilizată, dă rezultate inconstante, cel mai adesea tranzitorii (risc de radiodermită !).

Furunculul. În stadiul incipient se va încerca un tratament abortiv prin tamponare sub presiune prelungită (cca. 1—2′) cu tinctură de iod sau acetonă iodată 1/10. Operaţia se efectuează cu un porttampon, pensă sau un băţ de chibrit, pe vîrful cărora se înfăşoară puţină vată ; se mai utilizează roentgenterapia antiinflamatorie, cîte 2—3 şedinţe, a 50—60 r, la 2 zile interval.

O dată furunculul constituit, se încearcă extragerea „bourbillon"-ului cu pensa şi exprimarea conţinutului purulent sau, dacă acest lucru nu este posibil, se va proceda la deschiderea cu bisturiul sub anestezie locală cu kelen, preferabil prin electrocoagulare, care are avantajul de a împiedica închiderea prea rapidă a plăgii şi drenarea optimă a abcesului furunculos. Ulterior se vor face spălături (eventual irigaţii sub presiune cu ajutorul unei seringi mari) cu soluţii antiseptice diluate (permanganat de potasiu, apă oxigenată, Rivanol etc.), după care se va tampona bogat cu soluţia de violet de genţiană 1% (vezi foliculite) şi se vor aplica pudre de antibiotice (tetraciclina, cloramfenicol, neomicină) 2—3% în talc sau lactoză, sau pulbere de sulfatiazol (risc de sensibilizare). Pentru grăbirea eliminării ţesuturilor sfacelate, se poate aplica tripsină (Alfa-chimiotripsină).

Hidrosadenita. Ca tratament abortiv în stadiul incipient, unii autori practică roentgenterapia antiinflamatorie (atenţie la dozaj !) (vezi şi Radiodermita). Se recomandă însă multă prudenţă şi discernămînt în ce priveşte alegerea momentului, deoarece, dacă leziunea a început să abcedeze, roentgenterapia poate fi dăunătoare. Cel mai indicat procedeu este electrocoagularea punctiformă a nodulilor în stadiul incipient şi incizantă a celor abcedaţi (deschiderea cu bisturiul alb prezintă riscul de însămînţare în plagă a glandelor sudoripare secţionate). După exprimarea puroiului, abcesele vor fi tratate ca furunculele. Cu titlu preventiv, mai ales cei care transpiră mult îşi vor şterge axilele de două-trei ori pe săptămînă cu :

— Fenosept diluat 1/5 ; — Decaderm soluţie sau — *aqua Dalibouri* diluat 1/5.

Persoanele care transpiră mult vor evita rasul (se vor tunde perii la cîţiva milimetri) şi îşi vor badijona axilele cu o soluţie antisudorală şi dezodorizantă (vezi Hiperhidroza), sau se vor pudra cu talc boricat 2%.

Piodermita vegetantă va fi tratată prin : atingeri zilnice cu soluţii diluate 1/3—1/5 de Fenosept sau *aqua Dalibour*, Decaderm, Rivanol 1%,

Scanned with OKEN Scanner

urmate de badijonări cu soluţie apoasă de violet de genţiană 1% şi unguente cu antibiotice: tetraciclină 3%, cloramfenicol 2—3%, neomicină 1%; acestora li se va adăuga eventual şi hidrocortizonul 1—2%.

Rp. Tetraciclină 0,50 g
Hidrocortizon 200 mg

Lanolină
Vitamină A soluţie uleioasă } āā 5 g

Se mai pot prescrie Cornemin, Synalar N, Terra-Cortryl (flacon *spray*).

În caz de eşec se poate recurge la chiuretaj şi electrocoagulare în suprafaţă, aplicîndu-se în continuare unguentele cu antibiotice.

Abcesele multiple (miliare) ale sugarului. Se tratează ca furunculele sau hidrosadenitele (nu se aplică radioterapie). Băile vor fi făcute cu soluţii slabe de permanganat de potasiu (1 : 10 000 sau pînă la obţinerea unei culori roz-palid) sau sulfat de cupru (0,10—0,20 g la aproximativ 10 litri de apă).

Perionixisul stafilococic se tratează prin băi călduţe zilnice cu soluţii antiseptice diluate (permanganat de potasiu 1 : 10 000, Rivanol 1 : 2 000, acid boric 1—2%), urmate de badijonări cu Fenosept diluat 1/5 (are avantajul de a acţiona şi ca antifungic în cazul unui perionixis infecţios mixt, stafilococic şi candidiozic), Decaderm (cu aceeaşi acţiune mixtă antimicrobiană şi antifungică) sau violet de genţiană 1% şi unguente cu antibiotice, eventual în asociaţie cu corticoizi (vezi Piodermita vegetantă).

Botriomicomul beneficiază de electrocoagulare, care va urmări distrugerea completă a tumorii, insistîndu-se asupra bazei de implantare (recidive posibile); electrocoagularea se va practica după un scurt tratament local pregătitor de 1—2 zile cu soluţii antiseptice şi unguente cu antibiotice, care vor fi apoi aplicate şi ulterior, pînă la cicatrizare.

B. PIODERMITELE STREPTOCOCICE

IMPETIGOUL CONTAGIOS TILLBURY-FOX

Se manifestă prin bule care apar pe pete roşii inflamatorii de mărimi variabile, semiflaşte, cu un conţinut clar, ce devine rapid tulbure prin suprainfectare cu stafilococ. Sediul subcornean, respectiv marea lor fragilitate, permite uşor ruperea bulelor, conţinutul concretizîndu-se în cruste gălbui caracteristice de culoarea mierii (melicerice). Erupţia, ale cărei elemente se întind din aproape în aproape, prin autoinoculare, are ca sediu principal faţa, putîndu-se întinde la gît, trunchi şi pielea capului. Se întîlneşte mai frecvent la copii şi la bărbaţii adulţi, la care localizarea în barbă face ca stadiul bulos să fie efemer, manifestîndu-se aproape de la început prin leziuni crustoase (impetigo crustos).

Mai rar impetigoul succedă unor mici plăgi traumatice, eczeme, parazitoze (la fetiţe, în pediculoza capului), prin infectarea secundară a acestora.

Scanned with OKEN Scanner

ECTIMA (IMPETIGO ECTIMA)

Atinge de obicei membrele inferioare, fiind mai frecventă la indivizii debilitați, convalescenți, alcoolici. Debutează prin flicteno-pustule, cărora le urmează ulcerații mai mult sau mai puțin profunde, cu margini tăiate drept, cu suprafețe supurînde, acoperindu-se cu cruste brune, groase, ostreacee. Leziunile sînt multiple, înmulțindu-se prin autoinoculare. După vindecare, care se face foarte lent, rămîn cicatrice atrofice, pigmentate.

PERLEȘUL (ZĂBĂLUȚA)

Se caracterizează printr-o fisură sau o mică eroziune dureroasă, localizată la comisurile labiale, uni- sau bilaterală ; poate persista un timp îndelungat datorită traumatizării permanente. La copii ia uneori un caracter epidemic (vezi și Candidiozele mucoaselor).

TURNIOLA

Este un perionixis flictenular, cu punct de plecare și localizare periunghеală. Pielea din jur este roșie, inflamată și dureroasă.

INTERTRIGOUL RETROAURICULAR

Întîlnit mai frecvent la copii, se traduce printr-un placard eritematos, ușor infiltrat, cînd zemuind, cînd acoperit de scuamo-cruste ; fundul pliului este fisurat.

În formele prelungite se produc eczematizări și erupții secundare în vecinătate și la distanță, cu prinderea frecventă a pielii capului. Recidivele sînt frecvente. Adesea intertrigoul retroauricular complică o dermatită seboreică a pielii capului.

OTITA CRONICĂ EXTERNĂ

Mai rar pur streptococică, este de cele mai multe ori rezultatul unei asociații microbiene (streptococ, stafilococ, uneori piocianic, anaerobi ș.a.), la care se adaugă frecvent ciuperci levuriforme (Candida). Poate fi primitivă sau secundară unei dermatoze preexistente (eczemă, dermatită seboreică, psoriazis) sau unei otite medii supurate.

ERIZIPELUL

Este o dermo-hipodermită streptococică acută a adultului, expresie a unei limfangite reticulare a dermului, însoțindu-se de fenomene generale importante : febră ridicată și frison, stare generală proastă. Se prezintă sub forma unui placard eritemato-edematos infiltrat, bine delimitat printr-un chenar proeminent, dureros la presiune. Adenopatia regională este variabilă ca intensitate. Se localizează la față, dar mai ales la membrele inferioare unde are adesea un caracter recidivant și unde uneori se poate complica cu o flebită, mai rar un flegmon.

Scanned with OKEN Scanner

PEMFIGUSUL EPIDEMIC AL NOU-NĂSCUȚILOR

Considerat ca o streptococie buloasă particulară, care atinge copii pînă la un an, se caracterizează clinic prin bule efemere ce se usucă în cîteva zile fără a produce cruste melicerice. Este foarte contagios, provocînd adevărate epidemii, astăzi, rare, în maternități și creșe. Etiologia infecțioasă este certă ; originea streptococică însă nu este totdeauna confirmată. Au mai fost incriminați stafilococul auriu și un virus specific (Manfan și Vidal).

TUMOAREA GRANULOMATOASĂ A LIMBII

Este o entitate anatomo-clinică rară, individualizată de Longhin, și constă dintr-o infiltrație circumscrisă de aspect tumoral, situată pe dosul limbii, cu contur neregulat, boselată, ulcerată. Produce sialoree și jenă la masticație. Anatomo-clinic este asemănătoare botriomicomului.

TRATAMENTUL PIODERMITELOR STREPTOCOCICE

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat în unele forme cu leziuni multiple, diseminate, de impetigo, în pemfigusul epidemic și în cele cronice recidivante (ectime, erizipel recidivant, în special în cel complicat cu flebite ș.a.). Constă în administrarea de :

Antibiotice în cure scurte de 6—8 zile și în doze medii ; antibiograma nu este obligatorie, dat fiind că streptococii patogeni pentru om nu dezvoltă de obicei rezistență față de antibioticele active.

Penicilina reprezintă antibioticul de elecție. Penicilina G se administrează în doze de 800 000—1 200 000 u./24 de ore, iar Moldaminul, cîte 1 flacon a 600 000 u. la 3—4 zile, în total 2—3 flacoane. În condițiile coabitării streptococului cu stafilococi penicilinazopozitivi, există riscul ca tratamentul cu penicilină să rămînă fără rezultat. Cînd asocierea este bănuită sau confirmată bacteriologic de către laborator se vor utiliza : peniciline semisintetice, penicilinazorezistente ca Meticilina, Oxacilina ș.a. (vezi Piodermitele stafilococice).

Eritromicina este un antibiotic cu efecte bactericide, indicat în general numai dacă există alergie față de penicilină. Se administrează în doze de 2 g/24 de ore. Se mai pot prescrie :

Tetraciclina, cloramfenicolul, streptomicina (acțiune sinergică cu penicilina, cu care se poate asocia), *novobiocina* și *sulfamidele* (Sulfatiazol și Plurisulfan), care sînt adesea eficace, dar au numai o acțiune bacteriostatică, fiind inferioare ca eficiență penicilinei. Dozele zilnice sînt de 2 g pentru tetraciclină și novobiocină, 1—1,50 g pentru cloramfenicol și streptomicină ; sulfatiazolul se prescrie în doze de 6—12 g (12—24 de comprimate a 0,5 g)/24 de ore, repartizate în 6—8 prize ; la copii, 0,10 g/kilocorp/24 de ore ; Plurisulfanul, cîte 10 comprimate/24 de ore, în 4—6 prize ; la copii, cîte 0,10 g/kilocorp/24 de ore.

Scanned with OKEN Scanner

În otita externă cu floră microbiană mixtă conținînd frecvent și b.piocianic sînt de încercat :

Kanamicina (vezi piodermitele stafilococice) și Carbenicillin (Pyopen) penicilină de semisinteză cu administrare intravenoasă (injecții, sau perfuzii) și intramusculară, în doze de 4 g/24 de ore, cîte 1 g la 6 ore ; la copii, 100—200 mg/kilocorp/24 de ore. Sulfamidele pot avea uneori o acțiune foarte bună, dar trecătoare (Sulfatiazol, Plurisulfan).

Imunoterapia. *Anatoxina streptococică* este indicată în formele cu leziuni multiple extensive și cronice recidivante, în acestea din urmă (de ex. erizipel recidivant) asociindu-se și vaccinul antistreptococic. Se administrează în doze progresiv crescînde, de la 0,1 la 0,5 ml, subcutanat, la 2 zile, în total 10—15 injecții.

Anatoxina mai este indicată în streptodermiile însoțite de erupții de sensibilizare (secundare), la distanță, în care se administrează în doze mai mici, desensibilizante ; se începe cu diluția de 1/100 sau 1/10, pentru a se evita o reacție generală cu apariția de noi leziuni. După cîteva injecții în doze progresiv crescînde din diluția mare, se va trece la anatoxină pură, administrîndu-se de asemenea în doze crescînde, de la 0,1 la 0,3 și 0,4 ml, cu care se va continua pînă la vindecarea leziunilor.

Serul antistreptococic este azi rar utilizat, datorită eficacității, în general, a antibioticelor în infecțiile cu streptococ. Își găsește indicația în unele forme grave, septicemice întîlnite la cei debilitați, anergici. Se administrează intramuscular în cantitate de 100—200 ml/24 de ore la adulți și jumătate din aceste doze la copii. În cazurile foarte grave se injectează intravenos 60—100 ml diluați în 200—300 ml soluție fiziologică clorurată. Nu se va uita desensibilizarea prealabilă administrării serului.

Gamaglobulinele (vezi Stafilodermiile) au aceleași indicații ca și seroterapia.

Corticoterapia (vezi Eczemele) va fi rezervată numai anumitor forme însoțite de erupții secundare intense, cu tendință la diseminare rapidă și generalizare.

TRATAMENTUL LOCAL

Va fi individualizat de la caz la caz și în raport cu tipul clinic de streptodermie (vezi și Piodermitele stafilococice).

Impetigoul vulgar. După deschiderea flictenelor și îndepărtarea crustelor prin spălare cu apă călduță (fiartă în prealabil) sau cu comprese umede cu o soluție de acid boric 1—2%, leziunile se vor atinge sau se vor șterge zilnic sau de două ori pe zi cu soluții antiseptice : Fenosept, diluat 1/5 cu apă fiartă și răcită ; *aqua Dalibouri* diluată 1/3—1/5 ; apă oxigenată (12 vol.) sau Decaderm diluat 1/2, după care se vor aplica unguente cu antibiotice, la care se vor putea adăuga și corticoizi. Ex. : Unguent cu tetraciclină 3%, cu cloramfenicol 2%, cu neomicină 0,5—1%, Decaderm unguent, și respectiv : Cornemin sau Synalar N.

În formele generalizate, înaintea tratamentului propriu-zis se vor face băi generale la care se vor adăuga : permanganat de potasiu pînă la colorarea în roz palid, sau 2—4 g de sulfat de cupru pentru o baie.

Scanned with OKEN Scanner

În impetigoul pielii capului, la copiii cu păr lung se va cerceta sistematic şi trata pediculoza.

Ectima. După detaşarea crustelor sau îndepărtarea lor prin comprese umede cu o soluţie de acid boric 1—2%, se vor face atingeri cu soluţii antiseptice (vezi Impetigoul), apoi cu soluţie apoasă de violet de genţiană 1%, urmate de aplicaţii de unguente sau antibiotice (vezi Impetigoul); acestea vor fi alternate periodic cu pudre de sulfamide sau antibiotice (vezi Furunculul). Ulceraţiile cu cicatrizare întîrziată vor fi atinse la 2 zile cu o soluţie de argint nitric 3—5% sau vor fi pansate cu unguent Mikulicz (vezi Ulcerul cronic al gambei).

Perleşul. Se vor aplica unguente cu antibiotice (Tetraciclină unguent 3%, neomicină 1%, de trei-patru ori pe zi. În cazurile rebele se poate asocia şi hidrocortizon 1—2% (vezi Impetigoul), sau se vor face la 2 zile atingeri cu soluţie de argint nitric 1—2% (aplicîndu-se imediat unguentul cu antibiotic).

Turniola. După deschiderea şi îndepărtarea resturilor flictenei cu foarfecele se va face o baie călduţă cu o soluţie slabă de permanganat de potasiu, după care regiunea se va atinge cu o soluţie de violet de genţiană 1%, Fenosept diluat 1/5 sau Decaderm soluţie şi se va aplica un unguent cu neomicină 1—2% sau cu tetraciclină 3%.

Intertrigoul retroauricular. Se vor îndepărta mai întîi crustele prin comprese cu soluţie diluată de acid boric 1% sau Fenosept 1/40, iar în caz de afectare a pielii păroase a capului, prin spălare cu apă caldă şi săpun. Se va şterge apoi cu o soluţie antiseptică: Rivanol 1%, apă oxigenată 12 vol., Fenosept diluat 1/5, Decaderm, sau se va badijona cu soluţie de violet de genţiană 1%, după care se vor aplica unguente cu antibiotice, preferabil în asociaţie cu corticoizi: Cornemin, Synalar N cremă şi mai tîrziu Synalar N pomadă (vezi şi Impetigoul). Aplicaţiile vor fi făcute pe cît posibil sub formă de pansamente oclusive sub foiţă de poliester, schimbate la 24—48 de ore şi vor fi continuate încă o săptămînă după vindecare. În cazurile rebele şi după ce se va fi obţinut ameliorarea, în stadiul subacut uscat al leziunii se poate recurge la roentgenterapie superficială, preferabil buckyterapie.

Otita medie externă. Se începe prin irigaţii cu soluţii slab antiseptice (vezi mai jos), făcute cu o seringă fără ac sau cu un ac foarte gros, sau prin tampoane de tifon muiate în soluţie de acid boric 2% sau Fenosept 1/10, schimbate la 1—2 ore, de mai multe ori. După îndepărtarea secreţiilor sau a crustelor se va badijona cu violet de genţiană 1%, Fenosept 1/5 sau Decaderm (toate trei au avantajul de a fi active în eventualitatea unei infecţii mixte, cu germeni microbieni, levuri sau *Aspergillum),* apă oxigenată 12 vol. etc. Se vor aplica apoi de două-trei ori pe zi unguente cu antibiotice: tetraciclină 3%, neomicină 1%, cloramfenicol 2—3% (primele două eventual asociate), la care se va adăuga, în caz de suspiciune a levurilor, Stamicin 100 000 u./1 g excipient sau se va utiliza unguentul Saprosan T (vezi Epidermofiţiile).

În cazurile în care este prezent şi bacilul piocianic se va asocia la celelalte antibiotice şi polimixina (polimixină B sulfat), antibiotic cu rapidă acţiune bacteriostatică şi bactericidă (20 minute — 1 oră) asupra germe-

Scanned with OKEN Scanner

nilor gram-negativi (enterobacteriacee, brucele și unele tulpini de piocianic). Se prezintă sub formă injectabilă, în flacoane de 500.000 u. și comprimate a 250 000 u. (25—38 mg). Pentru uz extern se va prescrie sub forma de pulbere, soluție pentru instilații (este solubilă în apă) sau unguente în concentrații de 0,1—0,2%. Este recomandabil ca în formula cu neomicină sau tetraciclină 2—3% să se asocieze și acid boric 2%.

Rp. Neomicină 0,10 g
(Tetraciclină 0,25 g)
Acid boric 0,20 g
Polimixină B sulfat 0,025 g (1 comprimat)
Stamicină 1 000 000 u.
Hidrocortizon 150 mg
Lanolină } aa
Ol. jecoris } 5 g

D.S. extern (în faza subacută), de aplicat prin masaj ușor cu un băț de chibrit cu vată, de două-trei ori pe zi sau

Rp. Neomicină 0,05 g
Acid boric 0,2 g
Polimixină B 0,025 g
Apă distilată 10 g

D.S. extern, pentru instilații (în faza acută), de trei-patru ori pe zi.

Erizipelul. Beneficiază în mică măsură de tratamentul local. Se pot face iradiații cu ultraviolete. Se va insista asupra tratamentului concomitent al eventualelor leziuni coexistente, care pot constitui porți de intrare pentru streptococ, favorizînd recidivele: rinite vestibulare (unguente cu antibiotice) și micozele interdigitale cronice ale picioarelor (epidermofitice sau candidiozice), adesea ignorate de pacient (vezi Epidermofițiile și Candidiozele); după vindecarea acestora din urmă se vor face preventiv pudraje locale la 2—3 zile, timp îndelungat, cu talc boricat 2%.

Tumorile granulomatoase ale limbii. Se pot încerca atingeri cu soluție de violet de gențiană 0,5% (foarte neplăcut!) sau gargarisme cu soluție de Rivanol 1/2 000; beneficiază mai mult însă de tratamentul general (antibiotice, anatoxină streptococică). În caz de eșec se va recurge la electrocoagulare.

2. TUBERCULOZELE CUTANATE

Tuberculozele cutanate constituie manifestări clinice foarte polimorfe, provocate de bacilul Koch și de toxinele sale. Astăzi, tuberculozele cutanate sînt mult mai rare, datorită vaccinoterapiei (B.C.G.) și apariției unor chimioterapice și antibiotice dotate cu mare activitate tuberculostatică.

A. TUBERCULOZELE CUTANATE TIPICE

ȘANCRUL TUBERCULOS

Este o leziune ulceroasă localizată pe piele sau pe mucoase, rezultînd dintr-o infecție primitivă a acestora cu bacilul Koch, într-un organism indemn de tuberculoză, în general la copii sub 5 ani.

Scanned with OKEN Scanner

Simptome. Şancrul tuberculos se prezintă ca o ulceraţie rotundă, ovalară sau neregulată, cu marginile violacee şi dezlipite. La 2—3 săptămîni după apariţia şancrului survine adenopatia satelită, formată din cîţiva ganglioni duri, care sînt rapid sudaţi într-o masă de periadenită. Reacţia la tuberculină, negativă la început, se pozitivează între 3 şi 8 săptămîni de la debutul şancrului.

LUPUSUL VULGAR

Lupusul vulgar apare cel mai frecvent în a doua copilărie sau după pubertate, mai rar la adultul tînăr, şi se caracterizează anatomo-clinic prin elementul lui eruptiv, tuberculul lupic.

Etio-patogenie. Inocularea se face cel mai des pe cale exogenă prin degete sau praful inspirat, care transportă germenii la mucoasa nazală ; de aici, pe cale limfatică este infectată pielea nasului sau a obrajilor. Inocularea endogenă este posibilă, dar mai rară.

Simptome. Tuberculul lupic, sau lupomul, este o mică leziune papulo-nodulară, rotunjită, de culoare roşie-gălbuie, variind ca mărime de la o gămălie de ac la un bob de linte. La vitropresiune apare de culoare galbenă. În jurul tuberculului lupic se nasc alte lupoame şi din confluenţa lor rezultă placarde. Lupusul vulgar se localizează în două treimi din cazuri la faţă, mai rar pe restul corpului (fese, membre) şi pe mucoase (nazo-faringiană şi bucală).

Forme clinice : a) forma atrofică se prezintă ca un placard roşu-violaceu, nereliefat, întinzîndu-se lent prin periferie, pe cînd centrul se turteşte şi devine atrofic, cicatriceal ; b) *forma hipertrofică :* tuberculii sînt mai mari, reliefaţi ; evoluează repede şi are mare tendinţă la ulceraţie. Formei hipertrofice îi aparţin şi lupusul tumidus şi lupusul mixomatos.

Evoluţia lupusului netratat este lungă, durînd ani şi chiar zeci de ani, dar cu o stare generală satisfăcătoare. Poate produce însă cicatrice deformante, cu ectropion al pleoapelor, atrezie narinară, sinechii ale buzelor. O complicaţie mai rară este transformarea malignă (epiteliom spinocelular).

TUBERCULOZA VERUCOASĂ

Este o dermatoză bacilară cu localizare obişnuită la extremităţi, în marea majoritate a cazurilor, de origine exogenă, bacilii fiind inoculaţi în piele accidental sau prin autoinoculare din spută sau din materiile fecale. Deşi rară, infecţia hematogenă este posibilă.

Simptome. Leziunea, de obicei unică, se prezintă sub forma unui placard infiltrat, proeminent rotunjit sau ovalar, cu diametrul de mai mulţi centimetri, alcătuit schematic din trei zone : *periferică,* netedă, eritematoasă, *intermediară,* violacee, infiltrată, presărată cu scuame, cruste mici, ulceraţii şi pustule şi *centrală,* papilomatoasă, verucoasă. Presînd între degete zona centrală, apar mici picături de puroi. Centrul placardului are tendinţa să evolueze mai tîrziu spre cicatrizare spontană. Adenopatia regională este inconstantă şi variabilă ca volum.

Scanned with OKEN Scanner

SCROFULODERMA (GOMA TUBERCULOASĂ)

Se caracterizează prin nodozităţi dermo-hipodermice, evoluînd spre ramolire şi ulceraţie.

Etio-patogenie. Se observă în special la copii şi la adolescenţi, mai rar la adulţi, frecvent asociată cu tuberculoza ganglionară sau osoasă, de la care propagarea bacililor spre piele se face pe cale limfatică.

Simptome. Localizarea de elecţie este la nivelul gîtului, în regiunile submaxilară şi laterocervicală, mai rar în regiunea presternală sau pe membre. Clinic, goma începe printr-un nodul subcutanat de mărimea unui bob de porumb, elastic, mobil, care creşte, se ramoleşte şi devine fluctuent. În cîteva săptămîni sau luni ulcerează, lăsînd să se elimine un lichid sero-purulent, tulbure, gălbui. Ulceraţia ia o formă neregulată, cu marginile violacee, moi, dezlipite. După o evoluţie lentă de mai multe luni sau ani, leziunile se cicatrizează. Cicatricele sînt fibroase, aderente, reliefate, cu bride şi punţi.

ULCERUL TUBERCULOS

Este o leziune ulcerativă, cronică, care se localizează la nivelul cavităţii bucale sau în jurul orificiului anal, foarte rar în afara acestora.

Simptome. Afecţiunea se poate întîlni în cursul unei baciloze viscerale grave pulmonară sau intestinală, prin infectarea cu bacili din spută sau din materiile fecale. Ulceraţia este rotundă, ovalară sau de formă neregulată, cu marginile dezlipite, roşii-violacee, cu fundul granulos, acoperit de o secreţie sero-purulentă, în general foarte dureroasă la atingere. Ganglionii regionali sînt de obicei măriţi de volum şi dureroşi.

TUBERCULUL ANATOMIC

Produs prin inocularea externă a pielii accidentală, adesea profesională, precum şi

TUBERCULOZA FONGOASĂ

Sînt forme clinice rar întîlnite.

B. TUBERCULOZELE CUTANATE ATIPICE (TUBERCULIDELE)

LICHEN SCROFULOSORUM

Este o tuberculidă superficială, caracterizată printr-o erupţie de papule keratozice miliare.

Etio-patogenie. Se observă cel mai des la copii sau la adolescenţi purtători ai unui focar tuberculos torpid : adenită bacilară, scrofulodermă, lupus sau chiar tuberculoză pulmonară neevolutivă. Intradermoreacţia la tuberculină sau inocularea cu B.C.G., făcută la bolnavii de tuberculoză, poate determina în unele cazuri apariţia unui lichen scrofulosorum la

Scanned with OKEN Scanner

punctul de inoculare. Lichenul scrofulosorum este ca orice tuberculidă, o manifestare cutanată de sensibilizare față de bacilul Koch și toxinele lui.

Simptome. Erupția de lichen scrofulosorum este alcătuită din două feluri de papule: unele foliculare, altele nefoliculare, de mărimea unei gămălii de ac, galben-rozate, acuminate sau plane, cu suprafața lucioasă sau acoperită de o scuamă. Erupția, grupată în placarde, este localizată pe trunchi, în special flancuri și centură, mai rar pe membre și teaca penisului. Intradermoreacția la tuberculină este intens pozitivă.

TUBERCULIDELE PAPULO-NECROTICE

Sînt reprezentate de erupții papulo-nodulare diseminate, de tipuri clinice variate, caracterizate prin evoluția zonei lor centrale spre necroză.

Etio-patogenie. Se întîlnesc mai ales la adolescenți și la adulți tineri atinși de tuberculoză ganglionară, osoasă, pulmonară sau cutanată, dar și independent de acestea. Sînt datorite sensibilizării pielii față de bacilul Koch (sau toxinele sale), ajuns aci pe cale hematogenă de la un focar profund. Intradermoreacția la tuberculină este pozitivă.

Simptome. Tipurile clinice mai des întîlnite sînt *folliclis* și *acnitis.* Erupția începe prin noduli situați în dermul profund, de mărimea unui bob de mei sau a unui bob de linte. Este localizată pe dosul degetelor și mîinilor, fața de extensie a membrelor, îndeosebi coate și genunchi, fese și lombe. Elementul crește, devine proeminent, roșu-violaceu, și se necrozează în centru, acoperindu-se de o mică crustă. În decurs de 3—4 săptămîni, elementul se vindecă spontan, în locul lui rămînînd o cicatrice adîncă. Afecțiunea evoluează în puseuri. Durata totală a bolii este variabilă, de obicei lungă, luni sau chiar ani.

Acnitis își are sediul pe frunte sau în regiunea temporală, erupția fiind constituită din 10—20 de noduli, ceva mai mari decît în *folliclis,* evoluînd spre ulcerație și vindecare cu cicatrice adînc săpate.

O varietate particulară a tuberculidelor papulo-necrotice ale feței o constituie lupusul miliar diseminat al feței sau lupusul folicular care clinic se aseamănă mult cu lupoidele miliare: noduli mici cît o gămălie de ac, roz-gălbui, cu necroză discretă centrală și infiltrat tuberculoid, evoluînd spre cicatrice interstițiale, vizibile.

ERITEMUL INDURAT BAZIN

Se caracterizează prin nodozități dermo-hipodermice, subinflamatorii, localizate de obicei la gambă.

Etio-patogenie. Este mai frecvent la femei, mai ales la fetele tinere. Ortostatismul, frigul și acrocianoza sînt factori predispozanți. Afecțiunea poate coexista cu alte leziuni tuberculoase, care constituie sursa celor cutanate, printr-un mecanism de sensibilizare la toxinele bacilare. Intradermoreacția la tuberculină este intens pozitivă.

Simptome. Leziunile se localizează de obicei în partea inferioară a gambei. Boala începe prin una sau mai multe nodozități, variind ca mărime de la un bob de porumb, pînă la o nucă, cu sediul în hipoderm. Acestea

Scanned with OKEN Scanner

cresc progresiv, atingînd curînd pielea, care devine roşie-violacee. O zonă edematoasă înconjură nodozităţile, de aceea acestea sînt prost delimitate. Evoluţia este lentă, durînd ani de zile, şi se face în puseuri succesive, îndeosebi primăvara sau iarna.

TRATAMENTUL GENERAL

Tuberculozele cutanate, în particular cele tipice (şancrul tuberculos, tuberculul anatomic, tuberculoza verucoasă, scrofuloderma şi lupusul tuberculos) şi într-o mai mică măsură cele atipice de sensibilizare (numai acelea în care se poate depista un focar tuberculos patent, generator al antigenelor bacteriene sau toxinice sensibilizante, ajunse la piele prin diseminare hematogenă) beneficiază de antibiotice şi chimioterapice cu acţiune specifică antibacilară. Tuberculozele de sensibilizare (tuberculidele papulonecrotice, lupusul miliar folicular, eritemul indurat Bazin, lichenul scrofulosorum), mai ales cele în care nu se decelează un focar bacilar — şi acestea constituie un procent destul de important — beneficiază mai mult de un tratament biologic de desensibilizare cu tuberculină sau endotoxină bacilară Longhin la care este util să se asocieze tuberculostatice (singure ineficace) şi mai ales corticosteroizi.

Antibiotice şi chimioterapice antibacilare. *Streptomicina* este un antibiotic foarte activ faţă de bacilul Koch, de largă utilitate în tuberculozele cutanate, mai ales în asociere cu alte tuberculostatice. Se foloseşte mai ales sub formă de sare, azi mai puţin sulfatul şi mai mult pantotenatul de streptomicină (Strepancil), care este mai puţin toxic.

Activitatea sa fiind diminuată de unele substanţe, între care vitamina C nu se va asocia cu acestea. Asocierea cu alte tuberculostatice este indicată pentru a întîrzia apariţia rezistenţei, care se poate instala brusc, de „tip streptomicinic", probabil prin mutaţie.

Indicaţia majoră o constituie tuberculozele cutanate incipiente, în fazele lor acute şi subacute, şi chiar în formele cronice, în care se administrează ca tratament de atac o perioadă limitată de timp (20—45 de zile) asociată cu un chimioterapic tuberculostatic, HIN, mai rar PAS şi etionamidă. Cele mai bune rezultate se obţin în tuberculoza gomoasă.

Posologie şi mod de administrare. Se administrează 1½—2 g/24 de ore (20—30 mg/kilocorp/24 de ore, respectiv 1½—2 fiole de sulfat sau pantotenat de streptomicină doza fiind divizată în 2—4 prize). La copii 20—40 mg/kilocorp/24 de ore. Este contraindicată administrarea antibioticului cu intermitenţă (la 2 sau 4 zile) ceea ce duce rapid la rezistenţă, de obicei definitivă. Se poate administra şi în perfuzie lentă (0,50—1 g/24 de ore), foarte rar indicată în tuberculozele cutanate. Streptomicina nu trebuie administrată în cure prelungite, dată fiind neurotoxicitatea ei: atacă perechea a VIII-a de nervi cranieni, în special nervul vestibular; afectarea neurovestibulară apare relativ repede (tratamentul se va suspenda de îndată la apariţia celor mai mici semne: ameţeli, vîjieturi şi ţiuituri în urechi etc.); toxicitatea poate fi diminuată sau întîrziată administrînd concomitent preventiv vitamină B_6. Streptomicina este formal contraindicată la bolnavii cu insuficienţă renală şi mai ales la anurici, la

Scanned with OKEN Scanner

care se produce o acumulare rapidă și înaltă, cu apariția precoce a manifestările de toxicitate. Mai rar poate produce reacții histaminoide (cefalee, eritroze cutanate vasomotorii, grețuri, vărsături, hipotensiune) și alergice (dermite eritemato-papuloase, urticarii, eriteme edematoase peripalpebrale etc.).

Hidrazida acidului izonicotinic (HIN, Isoniazidum). Este un chimioterapic antituberculos major și indispensabil în tratamentul complex al tuberculozei ; constituie medicația de elecție a tuberculozelor cutanate clasice (tipice) atît pentru eficacitatea sa, cît și pentru buna lui toleranță. Are acțiune tuberculostatică în concentrații mici și medii, și bactericidă în concentrații mari. Rezistența bacilului Koch la HIN se dezvoltă destul de rapid atunci cînd este utilizată singură și mult mai greu cînd este asociată cu alte tuberculostatice majore. Se pare însă că, în cazul focarelor bacilare extrapulmonare, respectiv cutanate, rezistența bacilului Koch apare mult mai rar, ceea ce permite utilizarea izoniazidei singure, după o primă fază de tratament combinat, în care se asociază de obicei cu streptomicina (15—30 de zile). Pentru același motiv, unii autori recomandă după 40—50 de zile de tratament asocierea streptomicinei cu HIN.

Posologie : HIN se administrează în doză medie de 5—20 mg/kilocorp/24 de ore, doza de 8 mg/kilocorp/24 de ore (500—600 mg/24 de ore = 10—12 comprimate a 50 mg sau 5—6 comprimate a 100 mg) fiind considerată optimă pentru adulți. Această doză ar fi de aproximativ 20 de ori mai activă decît streptomicina. Doza globală pe 24 de ore se împarte în 2—3 prize, în intervale de 12—8 ore. Se poate administra și parenteral (intramuscular, fiole a 250 și, respectiv, a 500 mg). Dozele mari sînt mai eficace și din cauza frecvenței „inactivatorilor" de HIN în cazul cantităților mici (5 mg/kilocorp/24 de ore).

Curele cu HIN variază, de la caz la caz, între 3 și 8 luni în medie. Toleranța este foarte bună la doza de 5 mg/kilocorp/24 de ore. Se recomandă însă ca la dozele mari (peste 10 mg/kilocorp/24 de ore) să se asocieze obligatoriu pe toată durata tratamentului vitamină B_6 (50 mg/24 de ore) pentru a preveni sau diminua riscul unor manifestări neurotoxice, îndeosebi ale unei polinevrite (prin eliminarea crescută a piridoxinei, favorizată de HIN). Este recomandabil să nu se dea lichide în cantități mari, deoarece prin diluție și eliminare accelerată se produce o scădere mai rapidă a nivelului sanguin. Pentru creșterea toleranței se poate asocia și vitamina PP.

PAS (sarea sodică a acidului paraaminosalicilic) este un chimioterapic tuberculostatic major în doze mari, însă deseori greu suportat chiar în doze terapeutice uzuale. Rezistența bacilului Koch față de PAS apare relativ repede. După 3—4 luni de tratament cu PAS, peste 50% din tulpini devin rezistente, însă asocierea cu streptomicină sau HIN o întîrzie. Este în general rar utilizat în tuberculozele cutanate, fiind indicat numai în cazuri de intoleranță sau rezistență la streptomicină sau HIN. Fenomenele de intoleranță digestivă sînt cele mai frecvente și mai intense.

Mod de administrare și posologie : se administrează în doză medie de 10—12 g PAS sodic/24 de ore (20—30 de drajeuri), în patru prize, după mese sau o dată cu alimentele. Calea intravenoasă este cea mai

Scanned with OKEN Scanner

avantajoasă și cea mai utilizată în tuberculozele viscerale (10 g/500 ml de soluție glucozată 5%). Durata tratamentului este aceeași ca la HIN.

În caz de rezistență sau intoleranță, la HIN, pentru tratamente de durată se va putea recurge și la alte tuberculostatice, care în general nu au intrat încă în uzul terapeutic curent al tuberculozelor cutanate: etionamidă (Nizotin), Fintozid (paraaminosalicilat de izonicotinoilhidrazidă), pirazinamidă, cicloserină (Tebemicin).

Vitamina D_2 (ergosterol iradiat) a fost introdusă din 1940 în tratamentul tuberculozelor cutanate, în special al lupusului tuberculos, care este cel mai beneficiar fiind inferioară ca eficacitate celorlalte preparate, constituie azi doar o medicație adjuvantă în lupusul vulgar. Poate fi prescrisă în tuberculozele atipice, de sensibilizare, pentru efectul său probabil *cortizon-like*. În ce privește mecanismul acțiunii sale în lupusul tuberculos, el nu a fost încă precizat. Se pare că nu este vorba de favorizarea unei simple fixări a calciului pe țesuturile lezate, așa cum au susținut unii, ci de o acțiune cortizonică, soldată în ultimă instanță cu stimularea fibrozei care înăbușă infiltratul lupic.

Posologie și mod de administrare (cu mici variații au la origine schema preconizată de Charpy): prima săptămînă trei fiole buvabile sau injectabile de vitamină D_2 a 600 000 u. (15 mg) sau fiole a 600 000 u. vitamină D_3 hidrosolubilă (calea injectabilă este în general puțin utilizată în tratamentul lupusului tuberculos, recurgîndu-se la ea numai în cazurile de intoleranță gastrică); următoarele 3 săptămîni se dau cîte 2 fiole pe săptămînă iar în următoarele 4 luni, cîte o fiolă pe săptămînă; alte 3 luni în continuare cîte 1 fiolă la 2 săptămîni. La copii de 7—15 ani se dă jumătate, iar la cei pînă la 6 ani, un sfert din doza adultului. Durata tratamentului, cînd este administrată singură ca medicație antilupică, va fi lungă (8—12 luni); ca medicație adjuvantă sau de consolidare a tratamentului cu HIN, către sfîrșitul acestuia, va fi administrată în cure mai scurte, de cîteva luni, și eventual în doze mici (jumătate). În timpul vitaminoterapiei D_2, regimul alimentar va fi hipoclorurat și cu adaos de lapte, eventual completat cu cantități moderate de calciu gluconic; se mai recomandă: carne proaspătă, pește proaspăt, crudități și legume, suc de roșii, lămîi, ouă etc., iar glucidele în doze moderate.

Această dietă s-a dovedit foarte eficace în lupus, mai puțin în celelalte forme de tuberculoză.

Medicația imunoterapică. *Tuberculina.* Se administrează intradermic în doze progresiv crescînde, săptămînale sau bisăptămînale, începînd cu diluții de 1/1 000 000 sau 1/100 000, după sensibilitatea individului. Tratamentul va fi limitat la tuberculozele de sensibilizare, la cei cu hiperergie tuberculinică. Nu se va administra la cei cu focare bacilare viscerale.

Endotoxina bacilară (Longhin) este extrasă după procedeul utilizat pentru tuberculină, din bacili bovini. Se administrează în diluția 1/1 000 în doze progresiv crescînde, de la 0,1 la 0,5 ml, la 2—3 zile, subcutanat. Dacă se produc reacții focale (endotoxina B.C.G. nu produce reacții generale și locale), se va reduce doza la 0,2 sau 0,1 ml.

Scanned with OKEN Scanner

Helioterapia marină poate completa cu efecte favorabile tratamentul medicamentos al diferitelor forme de tuberculoză cutanată, bineînțeles dacă nu există contraindicații formale (focare bacilare pulmonare).

*

Medicația specifică de bază a tuberculozelor cutanate tipice rămîne în general HIN. În perioada de început a tratamentului, hidrazida poate fi asociată cu streptomicina, în cure de 30—45 de zile. Vitamina D_2 constituie un prețios auxiliar terapeutic în perioada finală a tratamentului lupusului tuberculos.

Medicația adjuvantă în tuberculozele cutanate. *Vitamina B_6 (piridoxina clorhidrică)* este indicată ca medicație antineurotoxică în toate cazurile în care se administrează HIN în doze mari (8—10 mg/kilocorp/24 de ore) și în cure prelungite. Se administrează sub formă de injecții intramusculare sau intravenoase (fiole a 50 și 250 mg de piridoxină) sau peroral (comprimate a 250 mg piridoxină), în doză de 50—250 mg/24 de ore (1 fiolă zilnic sau la 2 zile, sau 1 comprimat/zi), în cure repetate de 15 zile, cu pauze de 5—10 zile.

Vitamina C (acidul ascorbic) este indicată în doze mari (la adulți 1—1,5 g/24 de ore), la copii, după vîrstă, 0,30—1 g/24 de ore, și în cure prelungite (1—2 luni), în tuberculozele atipice, de sensibilizare. Se administrează fie peroral (comprimate a 200 mg), fie preferabil, în injecții intramusculare sau intravenoase (fiole a 500 mg).

Corticoterapia, cu prednison, Supercortisol, Superprednol (vezi Eczema) potențează în unele cazuri, în special în cele mai vechi, acțiunea medicamentelor antibacilare, permeabilizînd țesuturile fibrozate, adesea cicatriceale, perifocale. Se administrează în general în doze medii și cure relativ scurte (10—12 zile).

TRATAMENTUL LOCAL (NEOBLIGATORIU)

Poate fi utilizat în unele forme de tuberculoză cutanată, contribuind la scurtarea duratei de tratament.

Ulcerul tuberculos. Se tratează prin :

— cauterizări cu : soluție de acid lactic 10—20% în glicerină sau apă, soluție de clorură de zinc 30% în alcool de 90°, acid tricloracetic 20—30% ;

— streptomicină în pudraje, soluție, unguente sau infiltrații perilezionale ;

— hidrazidă în pudraje și infiltrații.

Gomele bacilare. După curățirea marginilor cu foarfecele și eventual chiuretarea bazei se aplică streptomicină în pudraje sau soluții, eventual în infiltrații perilezionale, sau unguente. Fistulele se deschid larg și se debridează chirurgical părțile necrozate, după care se electrocoagulează superficial patul plăgii.

Tuberculoza verucoasă : extirpare chirurgicală în leziunile de dimensiuni mai mici sau diatermocoagulare (eventual după prealabila chiuretare a țesuturilor bolnave).

Scanned with OKEN Scanner

Lupusul TBC. Azi s-a renunţat la sacrificări sau cauterizări chimice, utilizîndu-se tot mai mult în cazurile de dimensiuni reduse şi accesibile, extirparea chirurgicală urmată la nevoie de grefă. Pentru a scurta durata tratamentului general, care în lupus este mai lungă decît în alte tipuri de tuberculoză cutanată şi nu întotdeauna încununat de succes (frecvente forme rebele).

C. SARCOIDOZA (BOALA BESNIER-BOECK-SCHAUMANN)

Afecţiune cu nosologie încă imprecisă, este ataşată de majoritatea autorilor grupului reticulozelor benigne, atribuindu-i-se o etiologie bacilară (discutabilă).

Simptome. Manifestările cutanate se pot prezenta ca: a) *sarcoide cu noduli mici,* care se traduc prin mici ridicături rotunde, variind ca mărime de la o gămălie de ac (lupoidele miliare diseminate) pînă la un bob de mazăre, roz sau violacee. Sînt numeroase şi se localizează pe faţă, umeri, braţe. Afecţiunea durează luni şi ani. Elementele nu se ulcerează niciodată şi se vindecă, lăsînd uneori o cicatrice deprimată; b) *sarcoide cu noduli mari* (lupoidele tuberoase) sînt elemente reliefate mai mari, putînd ajunge la dimensiunea unui sîmbure de caisă, mai puţine la număr, 2—3 pînă la maximum 10. Culoarea lor este violacee şi la suprafaţa lor se văd telangiectazii fine. Au aceeaşi localizare şi evoluează tot aşa de lent ca şi sarcoidele cu noduli mici. Resorbţia lor este urmată de obicei de o atrofie cicatriceală; c) *sarcoida infiltrantă difuză în placard* sau *lupusul pernio* se prezintă sub formă de placarde violacee, localizate la nas, obraz, lobul urechilor, mîini şi degete. Pe suprafaţa placardelor, lucioasă şi parcursă de telangiectazii, orificiile pilo-sebacee sînt dilatate. Leziunile cutanate se asociază cu manifestări osoase, care constau în leziuni pseudochistice ce se localizează la degetele de la mîini şi picioare; acestea sînt tumefiate, deprimate şi de culoare violacee, iar examenul radiologic decelează aspecte variate ale leziunilor scheletice. Manifestările ganglionare constau în adenopatii moderate, cu ganglioni duri, mobili, nedureroşi. Manifestările pulmonare sînt decelabile prin examenul radiologic, care arată prezenţa de noduli, mici sau mari. Se mai pot întîlni şi hipertrofii ale ganglionilor hilari şi parahilari. Manifestările oculare sînt de tipul irido-ciclitei, care asociate cu leziuni de parotidită, constituie sindromul Heenfond (cărora li se mai adaugă inconstant febră uşoară şi paralizie facială).

Etio-patogenie. Au fost invocate: teoria tuberculoasă (evoluţia în unele cazuri spre o tuberculoză generalizată, frecvenţa reacţiei negative la tuberculină, inoculări pozitive la cobai obţinute de unii autori etc.), teoria unei boli autonome (reticuloză), teoria virotică (reacţia Kveim pozitivă), sindrom reacţional polietiologic ş.a.

TRATAMENTUL GENERAL

Cel mai eficace ar fi, după majoritatea autorilor, asocierea tuberculostaticelor (vezi Lupusul TBC) cu corticoizii (vezi Eczemele):

Scanned with OKEN Scanner

— *Streptomicină* 1—2 g/24 de ore, în 2 injecţii la 12 ore, total 20—30 de injecţii sau (şi)

— *Hidrazida acidului izonicotinic* (Isoniazidum) în dozele zilnice obişnuite (8 mg kilocorp/24 de ore, în medie), 10—12 comprimate a 50 mg/24 de ore în cure de 2—3 luni ;

— *Prednison* sau *Supercortisol,* cîte 30—40 mg/24 de ore.

Alte medicaţii utilizate ca auxiliare antiinflamatorii nespecifice :

— *vitamina* D_2 după procedeul Charpy (vezi Lupusul TBC) ;

— *arsenic pentavalent pe cale bucală ;*

— *bismut (Bismosal)* (salicilat de bismut) sau *Medobis,* cîte 2 fiole pe săptămînă, administrate profund intramuscular, în total 12—15 injecţii. Se va urmări toleranţa renală, prin examene de urină săptămînale, şi se va păstra o riguroasă igienă bucală. Se va suspenda tratamentul de îndată ce apar modificări calitative ale urinii sau gingivite.

3. CĂRBUNELE CUTANAT

Este o boală infecţioasă ce se datoreşte bacteridiei cărbunoase a lui Davaine şi care la om (mai ales în mediul rural şi ca boală profesională) provoacă infecţii locale cutanate, mai rar viscerale şi septicemii.

Simptome. Leziunile cutanate constau, fie într-o veziculo-pustulă (sau mai multe), „pustula malignă", cu sediul aproape totdeauna pe părţile descoperite (mîini, antebraţe, ceafă, faţă), fie într-un edem masiv şi moale al părţilor moi ale feţei (pleoape, obraji sau buze), „edemul malign". În cazul pustulei maligne, la 2—3 zile după inoculare, după stadiul de pată roşie şi pruriginoasă, apare o veziculă seroasă sau hemoragică, apoi o escară neagră cu baza infiltrată, edem în jur şi cu un chenar de vezicule care îi formează o coroană completă sau incompletă. Ganglionii sînt măriţi şi dureroşi. Edemul malign are o evoluţie rapidă, cu fenomene generale septicemice (hemocultura pozitivă), şi moarte posibilă în cîteva zile dacă nu se intervine terapeutic.

TRATAMENTUL GENERAL

Acesta va fi cît mai precoce posibil şi constă în :

A. **Antibioterapia :**

a) *Penicilină G potasică sau sodică,* antibiotic de elecţie, 2 400 000—3 200 000 u./24 de ore, divizate în 6 injecţii la intervale de 4 ore. În infecţiile grave, dozele vor putea fi crescute şi administrate la 3 ore interval, eventual vor fi introduse intravenos în perfuzii. Durata tratamentului : 6—12 zile (vezi şi Stafilocociile) ;

— b) *Tetraciclină,* sub formă de drajeuri sau capsule operculate a 250 mg, în doze de 2 g/24 de ore, repartizate în 4 sau 6 prize, timp de 8—12 zile, sau sub formă injectabilă : Solvocilin sau Reverin, administrat intravenos, eventual în perfuzii lente (vezi Piodermitele stafilococice) ;

c) *Eritromicină per os* 2—3 g/24 de ore, sub formă de drajeuri a 100 sau 200 mg, sau sub formă de comprimate a 125 sau 250 mg de propio-

Scanned with OKEN Scanner

nileritromicină ; în cazurile mai severe este utilizată sub formă injectabilă (Eritromicină lactobionică), introducîndu-se lent intravenos în soluție diluată, preferabil în perfuzie (vezi tehnica la Piodermitele stafilococice).

Antibioterapia devine și mai activă administrînd două antibiotice cu acțiune sinergică, spre exemplu penicilină cu eritromicină (Degos).

B. **Seroterapie** cu ser anticărbunos azi foarte puțin utilizată, datorită eficacității antibioticelor. Poate fi însă asociat antibioticelor, injectat, după prealabilă desensibilizare, intramuscular în doze de 40—100 ml/24 de ore timp de 3—6 zile (doza zilnică se aplică în doză unică), este mai eficace dacă este injectat concomitent perilezional, cîte 10—30 ml.

TRATAMENTUL LOCAL

Constă în aplicarea antibioticelor active : penicilină (risc de sensibilizare) tetraciclină sau eritromicină sub forma de unguente (penicilină 100 000 u./1 g excipient, tetraciclină și eritromicină 3%) sau sub formă de soluție (comprese umede schimbate de trei-patru ori pe zi).

4. DIFTERIA CUTANATĂ

Reprezintă una din localizările rare ale infecției difterice, fiind de obicei secundară anginei difterice ; este rar primitivă.

Simptome. De cele mai multe ori, inocularea bacilului Löffler se face pe un tegument deja lezat de o dermatoză preexistenă : eczemă, impetigo, mici plăgi traumatice. Aspectul caracteristic bolii este realizat mai ales de forma primitivă : ulcerații acoperite de false membrane cenușiu-murdar, uneori cu tendință la sîngerare și cu miros fetid. Adenopatia satelită este constantă. Diagnosticul bacteriologic este obligatoriu.

TRATAMENTUL GENERAL

Constă în administrarea de :

a) **Ser antidifteric :** se injectează intramuscular în doze de 30 000—40 000 u./24 de ore, o dată (doză unică), doză ce se poate repeta la revoie în zilele următoare. Serul antidifteric este un ser antitoxic, recoltat de la cai hiperimunizați cu anatoxină difterică și ulterior purificat și b) **Antibiotice** active asupra bacilului difteric :

Eritromicina constituie antibioticul de elecție, se administrează *per os*, la adulți 2—3 g/24 de ore, la copii 30—50 mg/kilocorp/24 de ore. În cazurile mai grave, cînd administrarea orală este dificilă (coexistența anginei difterice), antibioticul se injectează (Eritromicină lactobionică, în flacoane de 300 000 u.) intravenos, preferabil în perfuzie (vezi tehnica la Piodermitele stafilococice). Durata tratamentului este de 7—10 zile.

Dacă eritromicina lipsește, și în funcție de rezultatul testării sensibilității germenului la antibiotice *in vitro,* mai pot fi utilizate :

Tetraciclină per os (drajeuri și capsule operculate) 2 g/24 de ore, eventual intravenos (Solvocilin sau Reverin) (vezi Piodermitele stafilococice). Tratamentul va dura 6—12 zile ;

Scanned with OKEN Scanner

Cloramfenicol 1—2 g/24 de ore sau
Penicilină G 1 200 000—2 400 000 u./24 de ore, asociată cu streptomicină (acțiune sinergică). Durata tratamentului este de 7—12 zile.

5. RINOSCLEROMUL

Este o boală infecțioasă a adultului rară, atribuită bacilului Frisch (înrudit cu pneumobacilul Friedländer), caracterizîndu-se printr-o infiltrație tumorală a mucoasei nasofaringiene.

Simptome. Debutează printr-o rinită cu secreție și epistaxis, urmată după cîteva luni de infiltrarea septului nazal și a zonelor înconjurătoare, cu formarea unor proeminențe vegetante dure, ulcerative și supurative, care umplu nările ; aceste formațiuni proliferative și scleroase, de o duritate cartilaginoasă, duc la tumefierea și deformarea nasului și adesea a buzei superioare. Leziunile infiltrative și ulcerative se extind cu timpul la faringe și laringe, antrenînd moartea după 10—20 de ani de evoluție.

TRATAMENTUL GENERAL

Afecțiunea beneficiază de **antibiotice,** care au transformat radical prognosticul ; ele sînt active în stadiul inițial, și într-o mai mică măsură după ce procesul fibro-scleros s-a constituit.

S-au dovedit eficace :

— *Streptomicina* (vezi și Tuberculozele cutanate) care se administrează în doze de 1 g/24 de ore, preferabil cîte 0,5 g la 12 ore în cure de 30—45 de zile, repetate la nevoie după pauze de 15—20 de zile sau alternate cu

— *Tetraciclină,* cîte 2—3 g/24 de ore, în 4—6 prize, în cure prelungite de 1—2 luni, eventual repetate.

Medicația auxiliară :

Corticoterapia (Prednison sau Supercortisol, în doze de 20—30 mg/24 de ore în cure mijlocii repetate) pentru a permeabiliza țesuturile, făcîndu-le mai accesibile antibioticelor (vezi și Eczema) ;

— *Vitamina E,* drajeuri a 30 mg sau fiole a 30 și 100 mg, cîte 60—120 mg/24 de ore, în cure repetate de cîte 30—45 de zile ; este indicată pentru proprietățile sale antisclerogene.

TRATAMENTUL LOCAL

a) În stadiul inițial se prescriu :

— instilații cu soluții de streptomicină sau unguente cu tetraciclină sau streptomicină 3% și roentgenterapie superficială și semipenetrantă, concomitent cu antibioterapia, considerată de unii autori foarte eficace.

b) În stadiul avansat, tardiv, pot fi practicate, în raport cu întinderea și intensitatea leziunilor : electrocoagularea sau ablația chirurgicală a formațiunilor proliferative tumorale.

Scanned with OKEN Scanner

6. PIODERMITA GANGRENOASA (FAGEDENISMUL GEOGRAFIC)

Descrisă prima oară de Brocq şi Cl. Simon sub denumirea de fagedenism geografic, şi mai tîrziu de Brunsting şi colaboratorii sub aceea de *pioderma gangrenosum*, afecţiunea, relativ rară, se prezintă sub forma uneia sau mai multor ulceraţii care se extind lent în suprafaţă.

Simptome. Ulceraţia, puţin profundă, este net delimitată printr-un chenar inflamator, roşu-violaceu, uşor proeminent, lat de 0,5—2 cm, cu contururi curbilinii, policiclice. După o perioadă de evoluţie lentă sau rapid progresivă, se produc stabilizări şi cicatrizări spontane, totale sau parţiale, cu bride şi langhete sesile sau pediculate la periferia placardului, caracteristice. Leziunea de debut este un mic nodul inflamator furunculoid, care se necrozează şi se ulcerează, progresînd prin periferie. Recidivele sînt aproape o regulă, prelungind boala luni şi ani de zile.

Etio-patogenia a fost incomplet elucidată ; sînt discutate : etiologia infecţioasă cu stafilococ şi enterobacterii provenind din focare de colite ulceroase, posibil şi cu rickettsii. Mecanismul patogen ar rezida într-o reacţie alergică violentă vasculară de tip Sanarelli-Shwartzman sau autoimună.

TRATAMENTUL GENERAL

Decurge din concepţiile etio-patogenice :

Antibioterapie intensivă în raport cu sensibilitatea *in vitro* a germenilor microbieni izolaţi din leziuni şi fecale (stafilococ, colibacili, enterococ). Pentru stafilococ, vezi Piodermitele stafilococice ; pentru colibacilii patogeni sînt indicate :

— *Tetraciclină* 2—3 g/24 de ore *per os*, în drajeuri sau capsule operculate, în 4 prize. Sînt necesare cure prelungite, de 2—3 săptămîni ;

— *Cloramfenicol* 1—1,5 g/24 de ore, în 4 prize, în cure de 6—8 zile eventual repetate ;

— *Streptomicină* 1 g/24 de ore, în 2 injecţii intramusculare, la 12 ore, în cure de 15—20 de zile. Se poate administra şi *per os ;*

— *Neomicină,* antibiotic de excepţie, toxic, cu utilizare limitată de obicei numai local ; este indicată în infecţiile colibacilare focale intestinale, administrîndu-se pe cale orală (absorbţia intestinală este foarte slabă, de circa 1/30 din doza totală). Posologie : 1—2 g/24 de ore, 4—8 zile ;

— *Furazolidonul* este un chimioterapic din grupul nitrofuranilor cu spectru larg de acţiune. Se administrează *per os,* sub formă de comprimate de 100 mg (4 comprimate/24 de ore, cîte unul la 6 ore). Durata curei e de 10 zile ;

— *Nitrofurantoinul* este un chimioterapic înrudit cu precedentul, bacteriostatic şi bactericid, faţă de majoritatea culturilor de colibacili ; se administrează, ca şi furazolidonul, *per os,* în comprimate de 100 mg, cîte 3 în 24 de ore (unul la 8 ore) durata tratamentului nu va depăşi 10—15 zile.

Bacteriofag anticoli în cure repetate de cîte 4—5 zile (1fiolă/24 de ore, *per os,* diluat în puţină apă bicarbonatată) ; nu se iau concomitent antibiotice sau chimioterapice antimicrobiene.

Scanned with OKEN Scanner

Stock- şi autovaccin cu colibacili izolaţi din leziune.

Gamaglobuline, o fiolă la 2—3 zile, administrată intramuscular, în total 5—6 fiole.

Corticoterapia este necesară adesea pentru a se opri evoluţia rapid extensivă a leziunilor (Prednison sau Superprednol, cîte 30 mg/24 de ore, în cure medii). Se va face un tratament adecvat eventualei colite concomitente.

TRATAMENTUL LOCAL

Leziunile vor fi şterse cu soluţii antiseptice diluate de : Fenosept 1/5, Rivanol 1/1 000, apă oxigenată 12 vol., şi apoi atinse cu soluţie de violet de genţiană 1%, peste care se va aplica un unguent conţinînd antibiotice : neomicină 1%, tetraciclină 3%, cloramfenicol 3%.

Uneori sînt utile chiuretajul şi electrocoagularea superficială, pentru a stimula cicatrizarea.

Corticoterapia poate fi asociată antibioticelor : hidrocortizon 1—2% sau Cornemin, Synalar N.

7. ERIZIPELOIDUL BAKER-ROSENBACH

Este o dermo-epidermită circumscrisă, adesea cu caracter profesional (măcelari, bucătari, gospodine), provocată de inocularea cutanată accidentală a bacilului *Erysipelothrix suis* (rouget-ul porcului), ce se transmite prin intermediul cărnii de porc sau a altor animale infestate (iepuri, porumbei etc.), cît şi al unor specii de animale sănătoase purtătoare de germeni (mamifere, păsări, peşti, crustacei etc.).

Simptome. Incubaţia este în medie de 5—6 zile ; la locul inoculării (înţepătură sau zgîrietură cu un os) se instalează un eritem violaceu, bine delimitat, însoţit de prurit sau senzaţie de arsură, uneori tensiune şi dureri. Adesea pe suprafaţa placardului infiltrat apar vezicule-bule serohemoragice. Sediul aproape exclusiv al afecţiunii îl constituie degetele şi dosul mîinii. Evoluţia este benignă, leziunile dispărînd spontan după 2—3 săptămîni ; foarte rar se pot produce artrite, septicemii, endocardite.

TRATAMENTUL GENERAL

Afecţiunea beneficiază de **antibiotice** (vei şi Piodermitele).

Penicilina G, sodică sau potasică, constituie antibioticul de elecţie, administrîndu-se intramuscular în doză zilnică de 2 400 000—3 200 000 u., fracţionată şi injectată la intervale de 6 sau, preferabil, de 4 ore. Se poate asocia avînd o acţiune sinergică cu :

Streptomicină sulfurică 1 g/24 de ore, cîte 0,5 g/12 ore, administrată intramuscular, sau Strepancil, asociaţie de streptomicină sulfurică (80%) şi streptomicină pantotenică (20%), echivalentul unui flacon fiind de 1 g streptomicină bază ; se administrează ca şi streptomicina sulfurică ;

Scanned with OKEN Scanner

Tetraciclină, drajeuri sau capsule operculate ; se administrează în doze de 2—3 g/24 de ore, repartizate în 4—6 prize egale.

Durata curei de antibiotice este de 6—10 zile, în raport cu evoluția leziunilor ; tratamentul va fi prelungit încă 1—2 zile după dispariția roșeței, recidivele fiind posibile.

În cazurile grave, cu alterare a stării generale și stare septicemică se vor administra și :

— *Solvocilin (300 mg)* sau Reverin (tetraciclină injectabilă) (vezi Piodermitele) pe cale intravenoasă sau intramusculară, câte un flacon de 275 mg pirolidinmetiltetraciclin la 12 sau 8 ore (intravenos) și, respectiv, câte un flacon a 150 mg la 8 ore intramuscular. Tratamentul va fi efectuat până la ameliorarea stării generale, după care va fi continuat pe cale orală ;

Serul anti-rouget se administrează concomitent cu antibioticele, în doze de 15—20 ml/24 de ore, intramuscular și în infiltrații locale perilezionale. Este mai eficace în perioada de debut a bolii.

La pacienții cu intoleranță la antibioticele menționate se pot încerca sulfamidele :

— Sulfatiazol : 3—4 g/24 de ore sau

— Plurisulfan : 5—6 tablete/24 de ore, repartizate în 3—4 prize egale ;

— Sulfametin (sinonime : Bayrena, Dulana), sulfamidă depozit din grupa sulfadiazinei (2 sulfanilamidă-5-metoxipirimidină), comprimate a 0,50 g ; se administrează în funcție de vîrsta pacientului și gravitatea afecțiunii, 2 comprimate în prima zi, apoi, câte 1 comprimat/24 de ore (câte 1/2 comprimat la 12 ore).

TRATAMENTUL LOCAL

Este mai puțin important și eficace. Se vor aplica unguente cu corticoizi, preferabil în pansamente oclusive : Cornemin, Locacorten, Synalar, Triamcinolon (vezi și Eczemele).

Pot fi încercate și unguente cu corticoizi în asociație cu penicilină, 100.000 u./1 g excipient.

Unii autori au obținut rezultate bune prin iradieri cu raze ultraviolete artificiale.

Scanned with OKEN Scanner

II

VIROZELE CUTANATE

1. VERUCILE

Sînt proliferări hiperkeratozice de natură virotică, hetero- şi autoinoculabile, cu evoluţie lungă, de luni şi ani, putînd însă dispărea spontan. Se disting mai multe tipuri clinice :

A. VERUCILE PLANE

Sînt mici papule epidermice keratozice, circumscrise, abia proeminente, de 1—5 mm în diametru, rotunde sau poligonale, de culoarea pielii normale sau gălbui-brune. Pruritul este inconstant şi moderat. Uneori se dispun în striuri liniare prin autoinoculare. Sediile de electie sînt : faţa, fruntea şi dosul mîinilor, inclusiv repliul unghial, unde sînt inoculate prin manichiură.

Se întîlnesc mai frecvent la copii şi femei.

B. VERUCILE VULGARE

Sînt excrescenţe keratozice, circumscrise, gălbui, cu suprafaţă neregulată, brăzdată de şanţuri. Variind ca volum de la o gămălie de ac la o cireaşă, izolate sau confluente, se localizează pe degete, inclusiv regiunile subunghiale, dosul mîinilor şi picioarelor, palme şi plante, genunchi. Se întîlnesc atît la copii, în special de vîrsta şcolară, cît şi la adulţi.

C. VERUCILE PLANTARE

Reprezintă o variantă topografică a precedentelor. Se dezvoltă în profunzimea pielii plantei, cu predilecţie în punctele de sprijin ale picio-

rului. Se prezintă ca mici formaţiuni keratozice îngropate în piele, aspre, cenuşii, înconjurate de un inel hiperkeratozic şi adesea de o hiperkeratoză limitrofă, variabilă ca întindere şi intensitate. Sînt foarte dureroase la presiune, producînd adesea o importantă jenă la mers.

D. PAPILOAMELE CORNOASE (ACANTOAMELE VIROTICE) ALE FEŢEI

Sînt mici proeminenţe miliare, sesile, emisferice sau alungite, filiforme, cu suprafaţă keratozică, aspră, întîlnite la bărbaţi în pielea păroasă a bărbii, foarte rar pe faţă la femei.

Evoluţia este lungă, întreţinută la cei dintîi de autoinoculările repetate prin ras.

E. VEGETAŢIILE VENERIENE (CONDILOAMELE ACUMINATE)

Se prezintă ca excrescenţe papiliforme izolate sau grupate, roz sau roşii cu suprafaţa ulcerată, în regiunile cu secreţii, şi brune hiperkeratozice, în regiunile uscate, pediculate sau sesile, luînd aspecte de „creastă de cocoş" sau de conopidă. La bărbat se localizează în şanţul balano-preputial şi pe coroana glandului, dar pot să se extindă şi la gland, prepuţ, teaca penisului, meat şi chiar uretră ; la femei apar pe labii, de unde pot invada uretra şi mai ales vaginul ; survin prin contagiune sexuală, adesea însă spontan (purtători indemni ai virusului), de exemplu la gravide. Mai rar se pot inocula şi în pliurile inghino-crurale sau uneori chiar în anus.

Unii autori pun la îndoială identitatea virusului acestor leziuni cu acela al verucilor.

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat în formele cu leziuni multiple, diseminate, la copiii mici, în localizările de pe faţă şi în cele plantare, în ideea de a se evita procedeele fizioterapice care sînt mai incomod de efectuat. Proporţia de vindecări prin tratament general este însă de numai 20—30%. Se utilizează :

— *Metionină* 0,5—1,5 g/24 de ore timp de 3—4 săptămîni. Se poate folosi în acest sens Mecopar forte, drajeuri, conţinînd între ingrediente şi metionină, în cantitate de 100 mg pe drajeu. Se poate administra în doză de 3—4/24 de ore ;

— *Arsenic* sub formă injectabilă de Arifen (Arenal), fiole conţinînd soluţie 10% de natrium methylarsinicum (0,10 g/fiolă), cîte una pe zi, subcutanat, timp de 12—15 zile. Nu se prescrie la copiii sub 6 ani. La copiii între 7 şi 15 ani 1/4—1/2 fiolă/24 de ore ;

— *Sulfamide* (G. Prieto) : Sulfatiazol 3—4 g/24 de ore sau Plurisulfan, 4—6 comprimate/24 de ore timp de 12—15 zile ; la copii, în raport cu vîrsta : 1—3 g Sulfatiazol sau 1—4 comprimate/24 de ore ;

— *Magnezie calcinată* 1—2 g/24 de ore pe cale orală.

Scanned with OKEN Scanner

Nu se cunoaşte exact mecanismul de acţiune al acestor diverse medicaţii ; după unii ar interveni indirect, prin sugestie, procedeu iniţiat de Bonjour şi bine studiate de Bloch, care a obţinut cu el 70% vindecări în verucile plane şi aproximativ 30% în cele vulgare ;

— *imunizarea* printr-un „filtrat" de papiloame (Biberstein) în injecţii intradermice, a dat unele rezultate ;

— se mai pot încerca şi alte substanţe medicamentoase inerte, cu titlu de *placebo*, care intervin foarte probabil prin sugestie.

TRATAMENTUL LOCAL

Sînt utilizate cu rezultate variabile :

— atingerile cu o soluţie alcoolică de fucsină 1% (G. Prieto), indicate la copii mici ;

— aplicaţiile de soluţie alcoolică sau unguent (lanolină, vaselină āā p.e.) de **răşină de podofilină** 20—25%.

În verucile plane este preferabilă soluţia alcoolică de podofilină după prealabila decapare chimică cu o soluţie alcoolică de acid salicilic şi resorcină (Rp. Acid salicilic, Resorcină āā 5—10 g, Alcool 80° 100 g). În cele vulgare, decaparea se va face cu un unguent conţinînd 10—15% acid salicilic şi resorcină, sau 12% acid salicilic şi 6% acid lactic, sau prin chiuretaj (cu chiureta Volkmann), podofilina fiind aplicată de preferinţă sub formă de unguent. Aplicaţiile de podofilină se fac : o singură dată pe verucile plane şi de două-trei ori la intervale de 2—3 zile pe cele vulgare, de fiecare dată contactul cu substanţa fiind de numai 6—8 ore, după care aceasta este îndepărtată cu ulei de vaselină sau prin spălare cu apă şi săpun. După această operaţie se vor aplica unguente cu antibiotice şi corticoizi (Cornemin, Synalar N sau Triamcinolon cu saprosan) pentru a se preveni o eventuală infectare secundară şi o dermită de contact prin podofilină.

În vegetaţiile veneriene, aplicaţiile de podofilină constituie tratamentul de elecţie ; se fac atingeri prealabile cu o soluţie alcoolică de acid salicilic 5—10% sau de acid tricloracetic 10—20%, sau de fenol, şi apoi în aceeaşi şedinţă aplicaţiile de podofilină în soluţie alcoolică (pe vegetaţiile de dimensiuni mici) sau în pomadă (pe cele mari, voluminoase). Se fac una sau mai multe aplicaţii săptămînal, în funcţie de rezultate ;

— **cauterizările prin electrocoagulare şi azot lichid** constituie azi procedee de elecţie în verucile vulgare, şi mai ales în cele plantare. Criocauterizarea dă rezultate inferioare celorlalte două procedee, iar roentgenterapia superficială şi cea de contact sînt procedee care dau rezultate inconstante, dar nerecomandabile din cauza riscurilor de radiodermită la care expun ; se va recurge cu multă prudenţă la ele numai cînd nu pot fi practicate celelalte procedee (diabetici, diateze hemoragice) ;

— **azotul lichid** se utilizează cu bune rezultate şi în vegetaţiile veneriene (A. Colţoiu).

În verucile plantare multiple şi de dimensiuni mici pot da rezultate băile călduţe repetate cu o soluţie slabă de formol comercial 6—10%,

Scanned with OKEN Scanner

strict limitate la tălpi sau, preferabil, băile călduțe simple urmate de atingeri cu o soluție de formol 10—20%.

Alți agenți chimici cauterizanți utilizați sînt :

acidul azotic fumans (în veruci vulgare izolate — nu se aplică pe față) ; **cantaridina** 0,80% în asociere cu acid salicilic 3—5% în soluție alcoolică (față) sau pomadă (membre).

Bolnavii tratați vor fi reexaminați clinic de mai multe ori, la 2—3 săptămîni, urmărindu-se distrugerea oricărei noi leziuni, sursă posibilă pentru autoinoculări.

2. MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Este o dermatoză contragioasă, hetero- și autoinoculabilă, de natură virotică, întîlnită mai frecvent la copii.

Simptome. Se manifestă prin apariția unor tumorete emisferice de dimensiuni între o gămălie de ac și pînă la un bob de piper, de consistență fermă, ușor ombilicate la centru, roz sau albe, transluciде ; prin presiune puternică între două unghii iese o materie albicioasă grunjoasă, care, examinată la microscop, arată celule cornoase anucleate și grăunți ovoizi, refringenți, caracteristici (corpusculii de *molluscum).* Leziunile sînt de obicei multiple, apărînd continuu altele noi, prin autocontagiune. Au ca sedii de predilecție fața, îndeosebi regiunile palpebrale, gîtul și regiunea genitală. O formă particulară este aceea cu leziune unică ulcerată a feței, simulînd un epiteliom bazocelular.

TRATAMENTUL LOCAL

În cazurile cu leziuni puține și la copiii mici se poate practica simpla exprimare a conținutului tumoretelor între două unghii sau chiuretarea acestora și atingerea cu tinctură de iod, urmată eventual de aplicarea unei pomezi cu tetraciclină 3%.

Electrocoagularea superficială și centrală, urmată de îndepărtarea resturilor prin presiune cu un tifon steril și aplicarea de unguente cu antibiotice (tetraciclina 3%) constituie procedeul de electție.

Preventiv, cei tratați vor fi reexaminați periodic, la 10—15 zile, pentru a fi surprinse și distruse eventuale noi leziuni anterior autoinoculate. Vor fi examinați și contacții (incubația este de aproximativ 5—6 săptămîni).

TRATAMENT GENERAL

Este indicat numai în formele cu leziuni multiple ale feței în special cu localizare periorbitară și la copiii mici ; se utilizează unele antibiotice și sulfamide, însă cu o eficacitate îndoielnică (vezi și Piodermitele) :

— *Tetraciclină,* drajeuri sau capsule operculate a 250 și 125 mg, în doză de 2—3 g/24 de ore, repartizată în 4—6 prize, la intervale egale, timp de 7—10 zile ; la copii și sugari 20—50 mg/kilocorp/24 de ore, după

vîrstă, timp de 5—7 zile (nu se va depăşi la sugari această durată din cauza riscurilor unei disbacterii intestinale grave) ;

— *Eritromicină,* drajeuri a 100 sau 200 mg, în doză de 2—3 g/24 de ore, repartizată în 4—6 prize, la intervale egale ; la copii, 30—50 mg/kilocorp/24 de ore, timp de 7—10 zile ;

— *Sulfametin (Bayrena, Dulana),* în comprimate a 0,50 g cîte două în prima zi, apoi cîte unul în următoarele ; la copiii între 10 şi 14 ani, 1 comprimat în prima zi şi 3/4 în următoarele ; între 6 şi 10 ani, 1 comprimat în prima zi şi 1/2 în cele ce urmează ; între 4 şi 6 ani, 3/4 comprimat în prima zi apoi 1/2 comprimat/zi etc.

3. HERPESUL

Herpesul se caracterizează printr-o erupţie acută de vezicule, grupate „în buchet" pe o bază eritematoasă, provocată de un virus filtrabil. Sînt atinşi îndeosebi adulţii tineri, afecţiunea fiind mai rară la copii şi vîrstnici. Prima infecţie are loc de obicei între 2 şi 5 ani, fără a se însoţi de manifestări clinice marcante la nivelul mucoasei bucale, mai rar al pielii alterate de o dermatoză preexistentă (eczemă infantilă). Ulterior primei infecţii sînt posibile erupţii herpetice avînd adesea aceeaşi localizare (herpes recidivant). Recidivele pot apărea la intervale mari de timp (ani) sau, dimpotrivă, foarte scurte, de săptămîni şi luni, ajungînd să creeze adevărate psihoze, mai ales la tineri, cînd este vorba de localizări genitale.

Cauzele care pot exalta virulenţa virusului din starea sa de latenţă sînt multiple : infecţii (pneumonie, gripă), gastro-enterite, insolaţie, vaccinări, reticuloze, traumatisme mecanice (extracţii dentare, deflorare, coit), menstră etc. Adesea erupţia apare fără nici o cauză aparentă.

Simptome. Localizările obişnuite sînt : buze, obraji, mucoasa organelor genitale, degete, regiunea fesieră. Pe mucoase, veziculele se rup foarte rapid, lăsînd în loc eroziuni mici, confluente într-o placă cu contur policiclic. De obicei există un singur buchet vezicular uneori însă pot apărea mai multe buchete, sau o singură veziculă. În o parte din cazuri, puseul herpetic este precedat şi însoţit de o uşoară adenopatie dureroasă regională.

Evoluţia este scurtă pentru puseul respectiv, vindecarea producîndu-se spontan în 7—10 zile pe piele şi 10—15 zile pe mucoase.

TRATAMENTUL GENERAL

Este în general puţin satisfăcător, fiind indicat numai în formele intense, profuze, cu infecţii secundare, şi în cele frecvent recidivante. Se utilizează în scop curativ antibioticele, care au în general o slabă acţiune antivirală, fiind însă eficace în ceea ce priveşte infecţiile secundare cu piococi (vezi Piodermitele) :

— *Tetraciclină,* drajeuri şi capsule operculate a 125 şi 250 mg cîte 2—3 g/24 de ore, în prize egale, la 4—6 ore, timp de 4—5 zile ;

— *Eritromicină,* drajeuri a 100 şi 200 mg, cîte 2—3 g/24 de ore, în doze fracţionate luate la intervale egale, timp de 4—5 zile.

Scanned with OKEN Scanner

Se mai utilizează cu rezultate inconstante chimioterapice antivirale de tipul derivaților biguanidici (Flumidin, Flumidon, Virustat, Virugon etc.).

În formele recidivante este indicată imunoprofilaxia specifică sau nespecifică, cu vaccin antiherpetic, antipoliomielitic (Salk), antivariolic (8—12 vacinări epicutane săptămînale, prin scarificare sau, după altă tehnică, prin injecții intradermice la intervale de 5 zile, timp de 4—5 săptămîni) sau antistafilolocic (15—20 de injecții subcutanate în doze progresiv crescînde, de la 0,2 la 1 ml). Curele de vaccin se pot repeta după 6 luni. Se obțin în general rezultate satisfăcătoare : dacă nu vindecări de durată (15—20%), cel puțin lăngiri apreciabile ale intervalelor dintre recidive și diminuări ale duratei și intensității puseurilor eruptive ;

— *Gamaglobuline* cîte o fiolă la 3—4 zile, în cure de 5—6 injecții (vezi Piodermitele) ;

— *Vitaminoterapie :* vitamină C în doze mari, de 1—1½ g/24 de ore pe cale intravenoasă ; B_1 25—100 mg/24 de ore, intramuscular ; B_2 10—20 mg/24 de ore, intramuscular ; E 100 mg/24 de ore *per os* sau în injecții intramusculare. Curele sînt de 20—30 de zile eventual repetate după intervale egale de pauză.

În herpesul recidivant catamenial se pot prescrie estrogeni (vezi și Acneea) : Estradiol, fiole a 5 000 u.i./Ginosedol B, fiole a 10 000 u.i. (1 mg) sau Sintofolin, fiole a 1 mg în cele 3 zile care precedă menstra, timp de mai multe luni (Andersen).

TRATAMENTUL LOCAL

Este suficient în herpesul banal sporadic. Sînt indicate :

— pudraje sulfamidate : sulfatiazol pulbere 10% în talc sau lactoză (risc de sensibilizare) sau cu amestecuri de :

Rp. Sulfatiazol 1 g
Tetraciclină 0,50 g
Acid boric 0,30 g
Dermatol 1,50 g
Talc 7 g ;

— paste cu apă conținînd sulfamide 10—20% sau antibiotice 3% ;

— atingeri cu violet de gențiană sau cu albastru de metil 1% în soluție alcoolică, urmate de pudraje sulfamidate ;

— mai recent se utilizează iodoxiuridina (Kerecid) ;

— în herpesul genital secundar infectat, secretînd, aplicațiile medicamentoase vor fi precedate de băi conținînd Rivanol sau permanganat de potasiu în concentrații slabe. În cel balano-prepuțial se va aplica totdeauna și un tifon izolator.

În cazul reacțiilor cutanate inflamatorii intense, care însoțesc eventual erupția herpetică, se poate recurge în primele 24—48 de ore la aplicații de unguente cu corticoizi în asociație cu antibiotice (Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan) ;

— pentru unii autori, un procedeu eficace în herpesul recidivant, mai ales în cel genital îl constituie roentgenterapia superficială locală (peste 30% vindecări după Kumer ș.a.).

Scanned with OKEN Scanner

4. HERPESUL ZOSTER (ZONA ZOSTER)

Este o neuro-ectodermoză acută, provocată de un virus neuro- şi dermotrop, foarte apropiat de acela al varicelei (se citează îmbolnăviri de varicelă la contacţii cu zonatoşi şi viceversa).

Simptome. Se manifestă printr-o erupţie veziculoasă, precedată, însoţită şi urmată de senzaţii mai mult sau mai puţin intense de arsuri, usturimi, înţepături şi mai ales durere. Erupţia apare în mici puseuri succesive sau subintrante, sub formă de buchete de vezicule perlate, clare, uneori confluente, mai apoi tulburi, situate pe un fond eritematos, de-a lungul unui traiect nervos (rar al mai multora), unilateral (excepţional bilateral). După vindecare rămîn mici cicatrice albe, atrofice, evocatoare pentru afecţiune prin dispoziţia zoniformă. O adenopatie regională moderată, puţin dureroasă, însoţeşte sau precedă erupţia. O limfocitoză a lichidului cefalorahidian (Brissaud şi Sicard) este prezentă în aproximativ 50% din cazuri. Starea generală este inconstant alterată : febră, anorexie, indispoziţie etc. Topografic, cele mai frecvente sînt : zona intercostală, toraco-brahială, cervico-brahială şi trigeminală oftalmică, cu atingerea frunţii, pleoapei superioare şi adesea a conjunctivei bulbare (keratită opacifiantă). Se întîlneşte la adulţi, mai frecvent la cei trecuţi de 40 de ani.

Există forme care se însoţesc de vezicule aberante sau generalizate, simulînd varicela. La bătrîni, mai ales la cei cu ureea crescută, durerile sînt mai accentuate şi persistă vreme îndelungată. Erupţia dispare obişnuit în 2—3 săptămîni ; formele mai grave (z. oftalmică, z. gangrenoasă etc.) se pot prelungi mai mult. Afecţiunea conferă imunitate, recidivele fiind cu totul excepţionale.

TRATAMENTUL GENERAL

Vizează combaterea procesului inflamator perinevritic şi a durerilor. utilizîndu-se în acest scop o medicaţie complexă : antialgică, antiinflamatorie şi neurotropă (vezi şi Arsurile, Şocul neurogen) :

— *Algocalmin* sub formă de comprimate a 0,50 g, cîte 3—4/24 de ore sau, preferabil, fiole, 2—3/24 de ore, intramuscular ;

— *Antidoren,* injecţii intramusculare profunde, 1—2 fiole/24 de ore ;

— *Aspirină* (acid acetilsalicilic), 1 comprimat la 2—3 ore sau cîte 2 la 4 ore, împreună cu alimente, şi eventual cu puţin bicarbonat de sodiu pentru a preveni eventuale fenomene de intoleranţă gastrică ;

— *Saldoren* (phenazonum salicylicum), 3—6 comprimate/24 de ore (vezi Aspirina) ;

— *Salicilamidă,* cîte 4—8 comprimate/24 de ore ; nu irită mucoasa digestivă ca cele două medicamente precedente ;

— *Aminofenazonă* (Pyran) în comprimate a 0,30 sau 0,10 g cîte 3—6/24 de ore. Contraindicată în caz de intoleranţă la preparatele pirazolonice ;

— *Fenilbutazonă,* drajeuri a 0,20 g sau supozitoare a 0,25 g — indicate la cei cu intoleranţă gastrică ;

Scanned with OKEN Scanner

— *Alindor,* drajeuri sau fioale (calea parenterală este indicată în cazul durerilor mai intense şi al intoleranţei gastrice). Doza zilnică este de 3—6 drajeuri sau o fiolă. Medicamentul va fi administrat ca orice derivat pirazolonic, sub controlul hemo-leucogramei şi al urinii.

Alte medicaţii cu acţiune analgetică sau antiinflamatorie care pot fi utilizate în herpesul zoster :

— *Antinevralgice,* 3—6 comprimate/24 de ore, la intervale de cîteva ore sau

— *Antinevralgic S,* preferabil la cei cu intoleranţă gastrică, fiind mai bine tolerat decît preparatul precedent. Doza zilnică : 4—6 comprimate luate la intervale de cîteva ore ;

— *Antimigrin (Veropirin),* cîte 2—3 comprimate/24 de ore, în asociaţie cu alte analgetice ; — Romergan, antihistaminic cu acţiune sedativă nervoasă de tip central şi analgetic ; se administrează 2—3 drajeuri/24 de ore, repartizate în tot atîtea prize, şi cîte 1/2—2 fiole/24 de ore, după intensitatea durerilor şi a efectelor hipno-analgetice (acţiunea analgetică este mult mai energică dacă preparatul este administrat parenteral ;

— *Levomepromazin* (sinonime : Nozinan, Minozinan) neuroleptic major (vezi Eczemele), cu acţiune sedativă centrală. Se administrează în doze mari, sub formă de comprimate a 25 mg, în doză de 25—100 mg (1—4 comprimate/24 de ore, în funcţie de intensitatea durerilor, repartizată în mai multe prize ; se începe cu doze mici (1/2 sau 1/4 comprimat) pentru precizarea dozei eficiente şi pentru acomodarea organismului ; provoacă o importantă hipotensiune ortostatică, de unde recomandarea ca, imediat după luarea medicamentului, bolnavul să stea culcat cel puţin 30—45 de minute.

În formele însoţite de dureri extreme se poate recunge la analgetice puternice de tip central (Sintalgon, cîte 2—4 comprimate/24 de ore, la intervale egale cu Mecodin, cîte 1—2 fiole a 10 mg sau, în cazurile mai severe, 1—2 fiole a 20 mg/24 de ore (vezi Arsurile).

Diferitele preparate analeptice şi antiinflamatorii sau neurosedative se pot asocia cîte două sau trei, fiecare în doze eventual mai scăzute decît în cazul că ar fi administrate singure. Curele vor fi prelungite pînă la scăderea durerilor.

Ca medicaţie neurotropă sînt indicate, fiind eficace numai dacă sînt administrate de la începutul bolii :

— *Vitamina* B_1, cu importantă acţiune antinevritică, sub formă „forte" (fiole a 25 mg) sau „fortissimum" (fiole a 100 mg), cîte 1—2/24 de ore ;

— *Vitamina* B_6, avînd de asemenea remarcabile efecte antinevritice ; se administrează *per os,* în comprimate a 250 mg piridoxină hidroclorică, cîte 1—2/24 de ore, sau, preferabil, sub formă injectabilă, intramuscular, fiole a 5 ml (250 mg), una în 24 de ore ;

— *Vitamina* B_{12} posedă şi ea efecte antivirotice ; se administrează zilnic intramusoular cîte 1—2 fiole a 1 000 γ ciancobalamină.

Cele trei vitamine din grupul B cu proprietăţi antinevritice se administrează împreună, o dată pe zi, în cure de 7—14 zile, în funcţie de evoluţia fenomenelor subiective.

Scanned with OKEN Scanner

Alte medicaţii care pot fi prescrise, cu rezultate adesea bune :

— *Emetina*, fiole a 2 cg ; se administrează intramuscular numai în perioada de debut a bolii, cu titlu abortiv, în doză de 4 cg/24 de ore (2 fiole), timp de 5—7 zile (Griveaud) sau 6 cg în prima zi, 4 cg în a doua şi 2 cg în a treia zi (Longhin). În cure prelungite sînt posibile reacţii generale, ca greaţă, vărsături, diaree, hipotensiune, tahicardie ş.a., şi mai ales intoxicaţia gravă prin cumularea alcaloidului în organism ; tratamentul va fi supravegheat şi întrerupt la apariţia primelor fenomene de intoleranţă. Nu se administrează la nefretici şi persoane vîrstnice ;

— *Cofedol*, în drajeuri, eficace în herpes zoster datorită unei marcate acţiuni virulicide (G. Prieto) ;

— *Extracte hepatice* (Dickie şi o serie de autori francezi) : Rovitrat sau Neohepar, fiole, cîte una în 24 de ore ;

— *Tetraciclină*, în doză de 4 g/24 ore, 4—5 zile (Finland şi colaboratorii) (vezi Piodermitele) ;

— *Corticoterapia* este recomandată de unii autori şi proscrisă de alţii. Ea este adesea utilă, chiar salutară în zona oftalmică, oprind evoluţia afecţiunii şi prevenind atingerea corneei. Corticoizii se administrează în doze medii şi cure scurte, de 6—7 zile, sub protecţia tetraciclinei (3—4 g/24 de ore) sau a derivatelor biguanidice (400—600 mg/24 de ore) : Prednison 30—40 mg/24 de ore sau Supercortisol 20—30 mg/24 de ore (vezi Lupusul eritematos, Pemfigusul).

În cazurile cu infectare secundară a veziculelor şi în cele cu leziuni necrotice gangrenoase se vor administra *antibiotice* în curte scurte de 5—7 zile : tetraciclina 1,1/2—2 g/24 de ore sau eritromicină 2—3 g/24 de ore.

TRATAMENTUL LOCAL

În stadiul iniţial de vezicule integre se vor aplica :

— pudre cu talc sulfamidat 10% şi mentolate 1% (în asociaţie) ;

— mixturi sau paste cu apă conţinînd antibiotice sau sulfamide :

Rp. Sulfatiazol pulv. 2 g (sau tetraciclină pulv. 1)
Talc
Oxid de zinc āā 6 g
Glicerină
Apă distilată āā 8 g.

La această mixtură se poate adăuga, cu remarcabile efecte antiflogistice, hidrocortizon 300 mg. Se fac tamponări de două-trei ori pe zi ;

— loţiuni anestezice, calmante şi sicative :

Rp. Acid. salicilic 1,50 g
Mentol 0,50—1 g
Xilină 2% 10 ml
Camfor 2 g
Glicerină 5 g
Alcool 70° ad 100 ml.

În stadii mai avansate, cu vezicule deschise şi ulceraţii se vor aplica — după ştergerea cu o soluţie slab antiseptică de Rivanol 1% sau acid

Scanned with OKEN Scanner

boric 2% — violet de genţiană soluţie apoasă 1% în atingeri, o dată pe zi, apoi

— unguente cu antibiotice (unguent cu tetraciclină 3% sau cu neomicină 1%), eventual în asociaţie cu corticoizi :

— Cornemin, Synalar N, Terra-Cortryl flacon *spray*, Triamcinolon cu saprosan (vezi Arsurile şi Eczemele). Acestea vor fi aplicate timp de mai multe zile, pînă la sedarea fenomenelor inflamatorii şi dureroase, continuîndu-se apoi din nou cu unguente conţinînd numai antibiotice şi substanţe cu efecte stimulante asupra epitelizării (vitamină A, vitamină E etc.) :

Rp. Tetraciclină pulv. 1 g
Vit. A palmitat 1 fiolă
sau Vitamină A soluţie uleioasă 1 flacon (5 ml)
Vitamină E 1 fiolă a 100 mg
Lanolină
Vaselină āā 15 g.

În herpesul zoster oftalmic cu atingerea conjunctivei bulbare (de cerut şi avizul specialiştilor oftalmologi !) se va începe tratamentul cu instilaţii bi- sau tricotidiene cu colire de angirol 5%, sulfatiazol 5% în soluţie fiziologică clorurată, colir cu sulfacetamidă (soluţie de sulfacetamidă sodică 10% sau tetraciclină soluţie 1%.

Instilaţiile vor fi urmate de aplicaţii de unguente conţinînd antibiotice, sulfamide şi substanţe epitelizante :

Rp. Tetraciclină 0,25 g
Borax 0,05 g
Vit. A palmitat 1/2 fiolă
Lanolină
Vaselină albă neutră āā 5 g.

Se poate folosi ca antiseptic şi epitelizant xeroform 0,50—1% în vaselină albă neutră, la care se poate adăuga şi vitamină A palmitat.

În formele cu dureri intense persistente mai pot fi utilizate :

— infiltraţii zilnice pe traseul nervos cu Xilină 0,50—1% sau

— infiltraţii intradermice cu histamină 1/10 000 (fiole a 1 ml) sau cu apă distilată ;

— ionizări paravertebrale şi pe traseul nervos cu soluţie de novocaină 0,50% ;

— roentgenterapie semipenetrantă şi superficială paravertebrală sau pe traseul nervos, în general după eşuarea tratamentului medicamentos ;

— *in extremis* se pot încerca simpatectomii, radiculotomii, gangliectomii.

Profilactic, se va evita contactul zonatoşilor cu copii mici fără varicelă în antecedente, mai ales cu cei puntători ai unei eczeme infantile.

5. AFTELE

Afecţiune veziculo-ulcerativă, atingînd mucoasele şi pielea, de natură necunoscută, adesea cu caracter recidivant.

Simptome. În perioada de stare, pe mucoasa bucală, mai rar şi genitală, se prezintă ca mici ulceraţii cu marginile tăiate drept, cu contur

Scanned with OKEN Scanner

regulat și fond gălbui, înconjurate de un halo inflamator roșu-viu. Sînt foarte dureroase, producînd jenă funcțională și creînd indispoziție. Apar izolate sau în puseuri eruptive cu mai multe elemente, frecvent recidivante, evoluția lor prelungindu-se, cu sau fără perioade de acalmie, ani de zile. Durata unui element este de 8—15 zile, vindecîndu-se spontan, fără cicatrice vizibile ; excepție fac aftele gigante necrozante, care pot da cicatrice retractile mutilante. În afara mucoasei bucale — localizare preferențială — și mai rar a celei genitale și a regiunii perigenitale [labiile mari, teaca penisului și scrot, unde se manifestă prin ulcerații ceva mai mari (aftoză bipolară — Touraine)], ulcerațiile pot apărea uneori, de obicei concomitent cu cele precedente, și pe restul tegumentelor.

Etiologia este încă neclarificată, probabil virotică, mecanismul de producere invocat fiind asemănător acelui din vascularitele alergice. Tulburările digestive de orice tip, ca și proasta igienă bucală (colți și resturi dentare, paradentoza, depozite abundente de tartru, stomatita electrogalvanică etc.) pot provoca sau întreține puseurile eruptive. Aftele bucale, ca și ulcerațiile aftoide genitale, pot constitui una din componentele și manifestările de debut ale bolii Behçet, în care alături de afte, survin leziuni oculare de irido-ciclită recidivantă, nodozități dermo-hipodermice de tipul eritemului polimorf sau al tromboflebitelor migratorii ș.a. Patogenia acestei afecțiuni este alergică, de autoîntreținere, indiferent de cauză (virus, rickettsii, pararickettsii).

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat numai în puseurile cu leziuni multiple eruptive, în formele recidivante și în boala Behçet, fiind inutil în aftele izolate, banale. Pentru jugularea puseurilor intense sînt indicate :

Analgetice și antiinflamatorii (vezi Herpesul zoster) : Antidoren, 1—2 injecții/24 de ore : Aminofenazonă, 3—4 comprimate a 0,30 ; Alindor 3—4 drajeuri sau o fiolă/24 de ore ; Algocalmin, 3—4 comprimate sau 2—3 fiole/24 de ore ; Antinevralgic sau Antinevralgic S, 3—6 comprimate/24 de ore ; Antimigrin 2—3 comprimate/24 de ore ; Romergan, 2—3 drajeuri/24 de ore (eventual supte pînă la dizolvarea completă, avînd și o acțiune anestezică locală), Levomepromazin, cîte 1—2 comprimate/24 de ore (eventual supte ca și în cazul Romerganului, avînd, ca și acesta, efecte analgetice locale).

Corticoterapia (vezi Eczema), sub protecție de antibiotice, poate da rezultate imediate favorabile : Prednison 20—30 mg/24 de ore sau Supercortizol 15—20 mg/24 de ore, în cure scurte de 5—8 zile.

Antibiotice de tipul tetraciclinei, 3 g/24 de ore, sau sulfamide de tipul sulfatiazolului, 4 g/24 de ore sau al sulfadiazinei : Sulfametin (Bayrena) 1 g în prima zi, apoi 1/2 g/24 de ore, în cure de 10—15 zile (vezi și Piodermitele).

Imunoterapia nespecifică (vezi Herpesul recidivant) cu vaccin antipoliomielitic (preferabil de tip Salk) sau antivariolic ; Gamaglobuline, Polidin (vezi piodermitele stafilococice).

— Vitamină C în doze mari : 1—2 g/24 de ore.

Scanned with OKEN Scanner

În boala Behçet, în afara antibioticelor antiinflamatorii și a corticoterapiei, indicate în puseurile eruptive, și a vaccinoterapiei nespecifice, se mai prescriu :

— Fenilbutazonă, Alindor (vezi Herpesul zoster) și antipaludice de sinteză : Clorochin (vezi Eritemul pernio) ;

Recent se utilizează medicații imunosupresive de tipul Imuranului și Methotrexatului (vezi Lupusul eritematos acut).

Preventiv vor fi tratate tulburările digestive cronice și disbacteria (vezi Acneea și Eczema constituțională), deficiențele dentare (resturi, carii, stomatite electrogalvanice, tartru abundent) ; se vor suprima fumatul și alimentele condimentate iritante, acide, și alcoolurile tari.

TRATAMENTUL LOCAL

Este suficient în aftele izolate, solitare sau puține la număr. Se vor face atingeri, o dată—de trei ori pe zi, după caz, cu soluții de :

— acid cromic 10%, acid tricloracetic 10—20%, acid lactic 5—10%, albastru de metil sau violet de gențiană 1%, romergan (ca atare din fiolă) sau xilină 2% (ca atare din fiolă), acestea două din urmă cu efecte anestezice de 1—2 ore ;

— se mai poate încerca sugerea comprimatelor de Levomepromazin sau a drajeurilor cu Romergan (vezi Tratamentul general) ;

— în formele cu leziuni multiple, foarte dureroase, se vor face și gargarisme, de trei-patru ori pe zi, cu soluții slab antiseptice de permanganat de potasiu 1/10 000 sau Rivanol 1/2 000, în infuzie de camomila, la care se va adăuga Xilină 1/500 și glicerină 10—20% ; se pot încerca eventual și pulverizații cu o suspensie de hidrocortizon 0,25% [(10 fiole a 25 mg = = 250 mg) la 100 ml de infuzie de camomilă].

6. PUSTULOZA VARICELIFORMĂ (VARIOLIFORMĂ) KAPOSI-JULIUSBERG

Cunoscută și sub denumirile de *eczema vaccinatum*, eczemă herpetiformă, pustuloză vaccinală etc., este un sindrom de origine infecțioasă variabilă, care apare de obicei la copii mici eczematoși dar și independent de eczema infantilă. Se observă rar la copii mai mari fiind excepțională la adulți.

Simptome. Debutează de obicei cu temperatură ridicată și edem important al feței. Pe suprafața placardelor eczematoase apar erupții pustuloase cu elemente mari, ombilicate, varioliforme sau vacciniforme ; acestea sînt izolate sau grupate, depășind uneori regiunea feței. Adenopatiile inflamatorii satelite sînt frecvente. Starea generală este inconstant alterată.

Prognosticul este cu atît mai rezervat cu cît copilul este mai mic.

Etio-patogenie. Apare frecvent în urma unei vaccinări sau a contactului cu un individ recent vaccinat (auto- și heteroinoculare), ceea ce confirmă că cel mai adesea este în cauză virusul vaccinal ; au mai fost izolați însă din pustule : virusul herpetic, bacilul difteric (difterie varicelformă), coci piogeni banali (stafilococi, streptococi ș.a.).

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

De la primele semne se vor administra antibiotice, pe cît posibil în raport cu sensibilitatea germenului microbian izolat (vezi şi Piodermitele); pînă la obţinerea rezultatului antibiogramei se vor administra :

— *Penicilina G* sodică sau potasică 800 000—2 400 000 u./24 de ore, în funcţie de vîrstă şi gravitatea bolii, în 6—8 prize egale la 4 sau, preferabil, la 3 ore ; sau

— *Peniciline semisintetice* de tipul meticilinei (Methicilin, Cellenin), în flacoane de 1 g/2 ml (injecţii intramusculare a 100 mg/kilocorp/24 de ore, doza totală divizîndu-se în 4 părţi egale, cîte una la 6 ore) sau al oxacilinei (Stapenor), în capsule a 250 mg : la sugari şi copii pînă la 2 ani cîte 4 capsule/24 de ore, una la 6 ore, la copii de la 2 la 6 ani cîte 2 capsule la 6 ore (8 în 24 de ore) ; peste 7 ani şi la adulţi cîte 3 capsule la 6 ore.

În formele grave, dozele pot fi dublate sau dacă germenul în cauză este un stafilococ, penicilina se poate asocia cu eritromicină, cîte 3—50 mg/kilocorp/24 de ore în 4 prize egale, la intervale de 4—6 ore, în funcţie de vîrstă şi gravitatea afecţiunii ;

— *Tetraciclină,* drajeuri a 250 şi 125 mg (pentru copii, şi capsule operculate a 250 mg, în doze de 20—50 mg/kilocorp/24 de ore divizată în 4 sau 6 prize egale, sau

— Tetraciclină complex, pulbere conţinînd antibioticul în asociaţie cu un complex vitaminic din grupul B ; se administrează în doze de 20—40 mg tetraciclină/kilocorp/24 de ore în 4 prize egale (o măsură rasă conţine 500 mg pulbere şi, respectiv, 50 mg tetraciclină bază).

Corticoterapia poate constitui un auxiliar terapeutic simptomatic şi patogenic util în cazurile cu reacţie inflamatorie intensă ;

— Prednison, comprimate a 1 mg (pentru copii), posologia fiind individualizată în funcţie de vîrstă, greutate şi gravitatea afecţiunii : aproximativ cîte 0,50 mg/kilocorp/24 de ore ca doză de atac cîteva zile, în 4 prize la intervale de timp egale, apoi cîte 0,30 mg/kilocorp/24 de ore ca doză de întreţinere în zilele următoare ; în timpul tratamentului este indicată alimentaţia hipoclorurată.

— La copii mai mari (peste 7 ani) se va putea administra şi Supercortisol, 10—15 mg/24 de ore, în 3—4 prize egale. Ca medicaţie imunoterapică (vezi Piodermitele) : Gamaglobuline şi Polidin ; în cazurile cu piococi banali în cauză se vor prescrie vaccin antistafilococic sau anatoxină streptococică.

TRATAMENTUL LOCAL

Se va adresa atît infecţiei — ca factor etiologic principal —, cît şi dermatozei preexistente (de obicei eczema infantilă). El constă în comprese umede, stoarse, schimbate des, fără gutapercă, cu acid boric 2%, sau ştergere cu soluţii antiseptice şi concentraţii slabe : Fenosept 1/10, Rivanol 1/500, acid boric 1—2% etc., apoi topice conţinînd antibiotice, eventual în asociaţie cu corticoizi, de două-trei ori pe zi : Unguent cu tetra-

Scanned with OKEN Scanner

ciclină 3% sau neomicină 0,5%, Terra-Cortryl flacon *spray*, Cornemin, Synalar N (preferabil cremă) și Triamcinolon cu saprosan.

Dacă unguentele sînt prost tolerate se poate trece la o pastă cu apă sau la una grasă :

Rp. Tetraciclină 0,50 g
sau Neomicină 0,10 g
Hidrocortizon 200 mg
Talc
Oxid de zinc
Glicerină
Apă distilată āā 4 g

sau

Rp. Tetraciclină 0,50 g
Hidrocortizon 200 mg
Talc
Oxid de zinc āā 1 g
Lanolină
Vitamina A soluție uleioasă āā 5 g

III

DERMATOZE PRODUSE DE PARAZIŢI ANIMALI

1. PEDICULOZA

PEDICULOZA CAPULUI

Este produsă de *Pediculus capitis* şi se manifestă printr-un prurit difuz, cu accentuări în regiunea occipitală şi a cefii, şi retroauriculară. Foarte frecvent, leziunile papuloveziculoase produse la locul înţepăturilor se infectează cu piococi banali, prin scărpinat şi lipsă de igienă, ducînd la impetiginizare şi prinderea ganglionilor regionali. În cazurile mai vechi se produc eczematizări cu erupţii secundare de sensibilizare. Afecţiunea se întîlneşte mai ales la copii, fiind mai frecventă la fetiţe (din cauza părului lung).

TRATAMENT

Primele măsuri sînt : tuns scurt şi spălare cu apă şi săpun, după care se aplică una din formulele următoare :

Rp. Xilen 50 pic.
Vaselină 50 g

sau

Rp. Xilen 50 pic.
Precipitat alb Hg 5 g
Vaselină 50 g
D.S. Ext. 3 seri consecutiv

Rp. Biclorură Hg 0,40 g
Acid acetic glacial 10 g
Alcool rectificat 30 g
Apă distilată 160 g
D.S. Ext. de fricţionat 3 zile consecutiv

După fiecare 24 de ore se spală cu apă şi săpun, se clăteşte cu oţet diluat şi se piaptănă cu un pieptene des.

Astăzi, majoritatea autorilor preferă paraziticidele de tip DDT în pudraje, încorporat 5% în talc sau în ulei de floarea soarelui 1—2%, timp de 8 seri la rînd. În timpul nopţii, indiferent de medicaţia aplicată, se poartă o bonetă protectoare.

Scanned with OKEN Scanner

În cazurile impetiginizate se prescrie o scurtă cură de antibiotice: eritromicină sau tetraciclină în doze de 1—2 g/24 de ore, în 4 prize egale, la intervale de 6 ore (vezi Piodermitele).

În formele eczematizate, tratamentul cu paraziticide va fi precedat cîteva zile de aplicaţii de unguente conţinînd antibiotice (tetraciclină 3% sau neomicină 0,50—1%) şi corticoizi [hidrocortizon 1—2% sau Cornemin, Synalar N (cremă sau pomadă), Triamcinolon cu saprosan].

PEDICULOZA CORPULUI

Are ca agent patogen *Pediculus corporis* sau *P.vestimenti.* Copiii şi persoanele cu sensibilitate crescută pot reacţiona prin leziuni de prurigo (prurigo parazitar). Pruritul este exagerat, scărpinatul producînd excoriaţii liniare caracteristice, cu localizare electivă, pe umeri, gît, regiunea interscapulară, centură, faţa anterioară a coapselor. La indivizi în mizerie fiziologică apar pigmentaţii difuze (melanodermia ftiriazică).

TRATAMENTUL

Constă în deparazitare, atît a lenjeriei de corp şi de pat, cît şi a îmbrăcămintei, prin etuvare, maşină de călcat, fierbere sau pulverizare cu DDT (cu care rămîn impregnate timp de 10 zile). După baie, pacientul va fi pudrat cu DDT sau hexaclorciclohexan 3—5% în talc.

PEDICULOZA FTIRIAZICĂ (PUBIANĂ)

Este provocată de *Phtirius pubis (inguinalis),* care se fixează la rădăcinile perilor pubisului, perineului şi mai rar ai axilelor şi sprîncenelor. Contaminarea este mai ales venerianã, dar se poate face şi prin intermediul unor obiecte, veşminte sau lenjerie de pat. Parazitul provoacă, inconstant, mici pete albăstrui pe pielea abdomenului şi a coapselor. Scărpinatul determinat de pruritul exagerat poate duce la impetiginizări sau eczematizări.

TRATAMENTUL

Raderea perilor este facultativă. Se fac aplicaţii zilnice cu unguente conţinînd oxid galben de mercur 1—2% (risc: dermite de contact) sau xilen 20 pic. la 20 g vaselină. Azi, DDT înlocuieşte cu succes medicaţiile clasice, fiind aplicat sub formă de pudraje 5% în talc; se îmbracă apoi un slip care se poartă 24 de ore. Operaţia se repetă după 8 zile.

2. SCABIA

Este datorită acarianului *Sarcoptes scabiei,* varietatea *hominis,* manifestîndu-se după o incubaţie de cîteva zile la cîteva săptămîni prin prurit cu exacerbare nocturnă şi leziuni caracteristice: a) şanţul acarian,

Scanned with OKEN Scanner

de forma unei linii cenuşii sinuoase, de 1—10 mm, terminîndu-se la una din extremităţi printr-o proeminenţă veziculoasă (eminenţă acariană) : b) vezicula perlată, fără a avea valoarea patognomonică a şanţului, se observă inconstant îndeosebi pe feţele laterale ale degetelor şi în pliul interdigital ; c) leziuni asociate : excoriaţii liniare, papulo-vezicule (prurigo parazitar), impetigo, furuncule, limfangită, adenopatii, eczemă (în special eczema sînului la femei).

Localizările de elecţie ale leziunilor (unde trebuie căutate) sînt : spaţiile interdigitale, faţa anterioară a pumnului, faţa posterioară a coatelor, marginea anterioară a axilelor şi pliurile subfesiere. La copil, localizările caracteristice sînt : teaca penisului şi gland ; la sugari pot apărea şi pe faţă, gît, spate şi tălpi, iar la femei, la areola sînului.

O formă rară, care se poate întîlni, atît la adulţi, cît şi la copii este **scabia norvegiană,** produsă de acelaşi parazit, dar care se manifestă prin : a) leziuni scuamo-crustoase, groase, cărnoase, care se localizează difuz pe extremităţi : mîini, picioare, coate, umeri, faţa şi pielea capului ; b) plăci eritematoscuamoase care se pot observa la distanţă pe trunchi ; c) unghii îngroşate, cu hiperkeratoză subunghială.

Există scabii sarcoptice animale (pisică, cal, oaie, porc) sau vegetale (cereale), de cele mai multe ori cu caracter profesional (veterinari, păstori, îngrijitori de cai, agronomi etc.). Ele au în comun o incubaţie foarte scurtă, o topografie diferită de scabia umană, afectînd pielea regiunilor descoperite, expuse, şi o vindecare spontană, o dată cu evitarea contactului cu animalul sau plantele în cauză.

TRATAMENTUL

Bolnavii se prezintă fie numai cu leziuni de scabie, fie cu complicaţii : piodermite (impetigo, foliculite, furuncule, eczeme microbiene) sau, mai rar, dermite de contact postmedicamentoase (sulf ş.a.).

În prima eventualitate, tratamentul va fi exclusiv antiscabios :

— Sulful, medicaţia clasică a afecţiunii, a devenit azi desuet (dezagreabil şi incomod de aplicat, risc de dermită de contact). O formă mai acceptabilă sub care ar putea fi utilizate aceea de sulf născînd direct pe piele obţinut prin metoda utilizată de Ravaut şi Mathieu în pitiriasis versicolor :

I *Rp.* Hiposulfit de sodiu 80 g
Apă q.s. ad 200 ml

şi

II *Rp.* Acid clorhidric (sau tartric) 6—8 g
Apă 200 ml
Se badijonează cu nr. I, apoi după 5′—7′ se badijonează cu nr. II.

Operaţia se repetă 7 seri la rînd, fără a se schimba lenjeria de corp şi pat. Ea va fi reluată eventual după 2—3 săptămîni ;

— DDT şi hexaclorciclohexanul sînt azi substanţele paraziticide de elecţie. Ele se utilizează în concentraţie de, 5—10% pentru cel dintîi şi 1—3% pentru al doilea, în talc sub formă de pudraje, sau în ulei de floarea-soarelui, aplicîndu-se pe pielea uscată 3 seri la rînd, după care bolna-

Scanned with OKEN Scanner

vul rămîne timp de 3—4 ore în cearşaful impregnat. DDT mai poate fi utilizat în soluţie de 10% în benzo-cloral (Degos şi Garnier) ;

— Benzoatul de benzil, principiul activ al balsamului de Peru, are o mare eficacitate antiparazitară şi o bună toleranţă chiar la copil. Se utilizează în diluţie de 20—30% sub formă de loţiuni :

Rp. Benzoat de benzil
Săpun moale
Alcool 70° āā p.e. (Kissmeyer)

sau

Rp. Benzoat de benzil 20 g
Acid stearic 2 g
Trietanolamină 0,6 g
Apă distilată ad 100 g

sau în asociaţie cu hexaclorciclohexan :

Rp. Benzoat de benzil 3 g
Hexaclorciclohexan 0,30 g
Alcool 70° ad 100 ml
Soluţiile se aplică prin badijonare, 3—5 seri la rînd.

În formele piodermizate (vezi Piodermitele) se vor utiliza :

— băi generale cu soluţii slab antiseptice (permanganat de potasiu 1/10 000 sau sulfat de cupru 1—3 g la o baie), timp de mai multe zile la rînd, urmate de :

— badijonări cu Fenosept 1/10, Rivanol 1/100, Decaderm 1/3, *aqua Dalibouri* 1/10 etc. ;

— unguente cu antibiotice : tetraciclina 3%, cloramfenicol 2—3%, neomicină 0,5—1%.

În formele intens piodermizate vor fi administrate eventual antibiotice pe cale generală : penicilină G sodică sau potasică, peniciline semisintetice, eritromicină, cloramfenicol, tetraciclina.

În cele cu dermite de contact, eczematizări, prurigo (vezi Eczemele) se vor aplica :

— mixturi agitante sau paste cu apă conţinînd antibiotice 3% şi hidrocortizon 0,25—1% ;

— unguente cu corticoizi : Cornemin, Synalar N, Locacorten, Triamcinolon cu saprosan ;

— la nevoie vor fi administraţi corticoizi şi antihistaminice pe cale generală (Prednison, Supercortisol, Romergan Feniramin, Nilfan etc.), în doze medii şi cure scurte (vezi Eczemele).

Profilactic : indiferent de procedeu, după terminarea tratamentului vor fi schimbate lenjeria de corp şi de pat, (baie generală prealabilă) ; după 15—20 de zile sînt posibile reinfestări, care necesită reluarea tratamentului.

3. LARVA MIGRANS (MIAZA MIGRATOARE, BOALA R. LEE)

Miaza migratoare este o dermatoză aparte, rară la noi în ţară ; provocată de diverşi paraziţi care migrează în grosimea pielii, de unde şi denumirea dată.

Scanned with OKEN Scanner

Simptome. Debutează printr-o mică papulă abia infiltrată, de la care pleacă o prelungire liniară, roşie, largă de 1—2 mm, uşor proeminentă, de lungime variabilă, descriind treneuri sinuoase, care se pot întretăia, dar nu se ramifică. Drumul parcurs de larvă poate fi de mai mulţi centimetri pe zi ; leziunile sînt inconstant pruriginoase. Uneori afecţiunea se manifestă prin placarde eritematoase, uşor infiltrate, cu prezenţa de treneuri liniare la periferie.

TRATAMENTUL

Este local şi constă în refrigeraţie cu zăpadă carbonică, clorură de etil sau azot lichid (Colţoiu) a unei zone care depăşeşte cu 1—2 cm extremitatea progresivă a treneului ; rezultate bune se obţin şi prin infiltraţii perilezionale cu histamină 1/10 000, în total 5—10 infiltraţii (Longhin). În caz de eşec se poate recurge la excizie, practicîndu-se o mică biopsie a zonei care circumscrie capătul migrator al tunelului.

În leziunile infectate secundar prin scărpinat se vor aplica, prealabil tratamentului propriu-zis, unguente cu antibiotice : Unguent cu tetraciclină 3% sau cu neomicină 1% ; eventual acestea se vor asocia cu corticoizi : Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan.

După distrugerea parazitului se vor aplica unguente decongestive, calmante şi epitelizante : Cutaden sau Jecozinc.

4. CISTICERCOZA (LADRERIA) CUTANATĂ

Se datoreşte formei larvare de *Taenia solium Cysticercus cellulosae,* al cărei oaspete intermediar este porcul. Embrionul hexacant este eliberat în stomac din ouă ajunse aici din alimente şi mîini infestate, sau prin refluare din intestinul omului purtător al unei tenii ; din stomac trece în intestin, iar din peretele acestuia în circuitul venos sau limfatic, apoi în marea circulaţie, fixîndu-se în ţesutul celular subcutanat şi organe (ochi, creier, muşchi).

Simptome. Afecţiunea se traduce prin apariţia a numeroase tumorete subcutanate, mobile, indolente, rotunde, dure. Eozinofilia sanguină este inconstantă. Durata este indefinită, noi chisturi apărînd prin autoreinfestări succesive.

Prognosticul este rezervat, dată fiind posibilitatea atingerii organelor vitale.

TRATAMENTUL GENERAL

Constă în administrarea unor medicamente cu acţiune antiparazitară :

— Emetină clorhidrică în fiole a 2 cg (8 cg/24 de ore) ; la copii 0,5—4 cg/24 de ore, în funcţie de vîrstă, în infecţii intramusculare. Durata tratamentului : 5—6 zile. Se va administra sub strictă supraveghere medicală, datorită posibilităţii de intoxicaţie gravă prin efectul cumulativ

Scanned with OKEN Scanner

al emetinei. În cursul tratamentului pot apărea unele fenomene secundare care implică întreruperea tratamentului : greață, vărsături, diaree, tahicardie etc. ;

antipaludice de sinteză :

— Mepacrin, Acrihin, Atebrină, Quinacrin), comprimate a 0,10 g. Se administrează la adulți 2—3 comprimate/24 de ore, timp de 3—4 săptămîni ; la copii 0,02 g/an vîrstă împlinită/24 de ore. Tratamentul va putea fi continuat timp de mai multe luni, cu pauze de 10—15 zile între ele. În cursul tratamentelor prelungite, datorită acumulării substanței pot surveni fenomene secundare : greață, vărsături, dureri abdominale, cefalee, hiperhidroză, febră, prurit, erupții lichenoide etc., care nu necesită decît întreruperi de scurtă durată, fiind combătute cu glucoză intravenos și sedative nervoase. Medicamentul este prost tolerat (contraindicat) la cei cu insuficiență hepatică ;

— Clorochin (Neochin) comprimate a 0,40 g. Se administrează în doză zilnică de 0,60—0,80 g timp de 3—4 săptămîni, cure care vor putea fi repetate după o pauză de 10—15 zile. La copiii peste 1 an : 0,5—1 cg/kilocorp/24 de ore. Se iau după mese. Ca fenomene secundare pot apărea frecvent : tulburări digestive (anorexie, greață, dureri abdominale) și mai ales vizuale (tulburări de acomodare la distanță, și nocturne, simptome care dispar în general după oprirea tratamentului cîteva zile. Acesta va fi însă suspendat definitiv dacă tulburările vizuale reapar și se intensifică (sînt posibile leziuni retiniene ireversibile). Este prost tolerat în insuficiența hepatică.

Dacă bolnavul este și purtător al unei tenii intestinale, i se vor administra aceleași medicamente în doze mari precum și alte medicamente tenifuge :

Mepacrin : 8—10 comprimate a 0,10 g, administrate dimineața pe nemîncate, pe cale orală sau eventual prin sondă duodenală ;

Clorochin : 0,80—1,20 g/24 de ore, timp de 15—20 de zile ;

Yomesan : comprimate a 0,50 g clornitrofenilclorsalicilamidă. Posologie și mod de administrare : la adulți și copiii peste 8 ani 2 comprimate dimineața pe nemîncate, apoi după o oră încă 2 comprimate ; la copiii de 2—8 ani, jumătate din doza adultului ; la copiii sub 2 ani, un sfert din doza adultului. Nu este necesară administrarea de purgative (exceptînd cazurile de constipație). În seara premergătoare administrării medicamentului se vor ingera numai lichide.

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor exciza chirurgical sau se vor distruge prin electrocoagulare.

Scanned with OKEN Scanner

IV

DERMATOZE PROVOCATE DE PARAZIȚI MICOTICI (FUNGICI)

A. EPIDERMOMICOZELE PIELII PĂROASE A CAPULUI

Sînt dermatomicoze care au ca localizare electivă, dar nu unică, pielea păroasă a capului. Se întîlnesc aproape cu exclusivitate la copii, la care, din cauza marii contagiozități, provocau altădată adevărate epidemii școlare ; azi frecvența lor este în continuă scădere, datorită marii eficacități și comodități a noii metode terapeutice, prin antibiotice.

MICROSPORIA

Este provocată de paraziții din genul *Microsporum,* cel mai frecvent de specia *Microsporum audouini* (parazit uman) mai rar de *M. canis* și *M.felineum.* Sînt de obicei atinși copii de vîrstă școlară ; se întîlnește mai frecvent la băieți decît la fete. Contagiozitatea este foarte mare, fie de la copil la copil, fie prin intermediul obiectelor de toaletă prin tuns, șepci, fie de la animal la copil ((pisici, cîini).

Simptome. Greu de observat în perioada de debut, o dată constituite leziunile se prezintă sub formă de plăci rotunde sau ovalare, bine delimitate, în general de dimensiuni mari (2—5 cm în diametru) ; plăcile sînt acoperite de scuame uscate, cenușii, pudroase. La nivelul lor, perii bolnavi sînt scurți, rupți la 3—6 mm de la emergență. La un examen atent (lupă), perii epilați apar înveliți de o teacă de culoare albă, constituită din grămezi de spori. Netratate, plăcile se întind, confluează, durînd luni și ani de zile. Vindecări spontane sînt posibile și înainte de vîrsta pubertății, cînd dispar de regulă fără a lăsa cicatrice.

FAVUSUL

Este o dermatomicoză provocată de *Trichophyton schoenleini,* mai rar de *Trichophyton quinckeanum.*

Scanned with OKEN Scanner

Simptome. Se caracterizează prin mici formaţiuni discoide, de culoare galbenă ca sulful, rotunde, ombilicate central, cu diametrul de cîţiva milimetri, diseminate în pielea păroasă a capului. Sînt aşa-numitele „godeuri" favice, care prin confluare realizează placarde crustoase cu miros asemănător urinii de şoarece. Netratată afecţiunea poate să cuprindă toată pielea capului, exceptînd o bordură de păr de cîţiva centimetri, la periferia acesteia. Netratată boala evoluează ani sau zeci de ani (este singura pilomicoză care nu se vindecă spontan la pubertate), producînd cicatrice alopecice întinse, cu pielea atrofică, subţire, lucioasă ; pe alocuri părul persistă „în smocuri" dar de cele mai multe ori este bolnav, de culoare cenuşie, distrofic, smulgîndu-se uşor.

Se descriu trei aspecte, respectiv trei forme clinice : favusul impetigoid, favusul papiroid şi favusul pitiroid al căror diagnostic este adesea dificil dată fiind lipsa godeului caracteristic.

TRICOFIŢIA USCATĂ A PIELII PĂROASE

La noi în ţară este produsă de *Tricophyton violaceum,* foarte rar de *Tricophyton cerebriforme (flavum),* şi se întîlneşte la copii de vîrstă şcolară, fiind şi ea contagioasă şi epidemică.

Simptome. T. violaceum produce de regulă mici plăci rotunde sau ovalare, de cîţiva milimetri în diametru, prost conturate, parţial alopecice, acoperite de scuame cenuşii, în grosimea cărora se găsesc resturi de peri rupţi, îndoiţi în *S* sau *Z,* decoloraţi, cenuşii. Vindecarea se face spontan la pubertate, fără alopecie definitivă. Tricofiţiile cu *T. violaceum* pot persista uneori şi după pubertate (pînă la vîrsta de 20 de ani şi mai mult).

TRATAMENTUL GENERAL

Medicaţia de elecţie a micozelor pielii păroase a capului o constituie azi un antibiotic dotat cu acţiune antifungică electivă, însă relativ slabă : griseofulvina (sinonime : Gricin, Likuden, etc.).

Griseofulvina M (micronizată), de două ori mai activă decît griseofulvina îşi datoreşte activitatea crescută faptului că particulele de substanţă activă sînt de patru ori mai fine, ceea ce permite o mai bună şi mai rapidă absorbţie şi difuziune, precum şi menţinerea timp mai îndelungat a unei concentraţii sanguine eficiente.

Antibioticul, extras din *Penicillum griseofulvum,* este termostabil la fierbere şi autoclavare. Este puţin solubil în apă. Rezistă bine la acţiunea sucurilor digestive. Eficacitatea sa în epidermomicoze şi pilomicoze se datoreşte faptului că se elimină şi se concentrează în ţesuturile keratinizate (straturile cornoase ale pielii şi părul, ambele sedii de predilecţie ale paraziţilor fungici cauzali).

Spectrul de acţiune este limitat la dermatomicete *(Microsporon, Trichophyton, Epidermophyton),* nu are acţiune asupra Candidei şi agenţilor patogeni ai pitiriazisului versicolor şi micozelor profunde. Se pot observa uneori rezistenţe la unele tulpini de epidermofitoni, fără a constitui o problemă în practică. Nu are acţiune locală.

Scanned with OKEN Scanner

Se administrează pe cale orală, sub formă de comprimate conţinînd 125 mg griseofulvină M. Doza zilnică este pentru copii, de 10 mg/kilocorp/24 de ore iar pentru adulţi, de 500 mg/24 de ore repartizate în 2—3 prize. Se obişnuieşte ca în primele 7 zile — iar în cazurile severe, cu leziuni multiple şi extensive în tot cursul tratamentului — să se administreze 750 mg şi chiar 1 g/24 de ore.

Durata tratamentului este de 4—6 săptămîni (va fi depăşită în caz de leziuni unghiale concomitente) (vezi Onicomicozele).

Toleranţa medicamentului este în general bună ; uneori este prost tolerat de hepatici.

În formele secundar infectate cu piococi banali, se vor administra mai întîi — sau concomitent cu griseofulvina — antibiotice (vezi Piodermitele).

TRATAMENTUL LOCAL

— Părul va fi tăiat scurt şi se vor face badijonări zilnice cu soluţii antifungice ;

— Fenosept (vezi şi Piodermitele), diluat 1/3—1/5 ; are avantajul de a avea proprietăţi mixte, antimicrobiene şi mai ales antifungice. Diluţia se face cu apă sau cu alcool de 90° ;

— Buclosamid simplu sau P (cu hidrocortizon) Jadit sau Jadit H) ; jadit H) ;

— Decaderm soluţie (se va putea aplica şi sub formă de unguent).

În cazurile secundar infectate, şi mai ales în favus, se va spăla pielea capului cu apă caldă şi săpun, după care se vor aplica unguente cu antibiotice şi antifungice : tetraciclină 3%, Decaderm unguent, Saprosan unguent.

Profilactic. Şepcile, căciulile, băştile purtate de copiii cu leziuni nu vor fi transmise altora ; este preferabil să se renunţe definitiv la ele (eventual vor fi etuvate, fierte, călcate cu abur).

TRICOFIŢIILE SUPURATE (FOLICULITELE TRICOFITICE)

Sînt produse de anumite specii de *Tricaphyton ectothrix,* de origine animală, „microizi" sau „megaspori", cu proprietăţi piogene. Cel mai frecvent în cauză este *Tricophyton gypseum* (tipul *gypseum asteroides),* mai rar. *T. niveum* sau *T. faviforme.* Gazdele obişnuite sînt ovideele şi bovideele ; mai rar pot fi parazitate şi alte animale (cîinele, pisica sau păsările). Contagiunea se face accidental, adesea cu caracter profesional, de la animal la om, sau prin intermediul obiectelor. Ea se observă mult mai frecvent la bărbaţi (barbă) decît la femei şi la copii (în pielea capului). Sînt îndeosebi atinşi grăjdarii, văcarii, lucrătorii din abatoare etc.

Tricofitonii *ectothrix* piogeni determină două tipuri clinice importante : sicozisul tricofitic şi kerionul *celsi.*

Scanned with OKEN Scanner

1. SICOZISUL TRICOFITIC AL BĂRBII

Este constituit din pustule foliculare cu o bază infiltrată nodulară. Leziunile, asimetric diseminate, rămîn izolate sau confluează în placarde bine delimitate, roşii-violacee, boselate, din ale căror orificii foliculare ies la presiune mici picături de puroi. Nodulii au un caracter mai puţin inflamator şi mai puţin dureros decît la pustulele din sicozisul stafilococic. Perii bolnavi sînt cenuşii, fragili, înconjuraţi de o teacă scuamoasă sau de puroi şi se smulg foarte uşor, spre deosebire de ceea ce se întîmplă cu perii din sicozisul stafilococic.

Leziunile sînt foarte caracteristice la nivelul bărbii, obraji, în regiunile : mandibulară, mentonieră şi submentonieră. Ele sînt mai puţin tipice la nivelul mustăţii, care este mult mai frecvent atinsă decît se crede, şi unde, în loc de noduli izolaţi circumscrişi, se observă de obicei tumefacţii infiltrate difuze, ale buzei superioare, dureroase, supurante, cu peri care nu totdeauna se smulg uşor.

Există şi forme cu caracter inflamator acut, dureroase şi febrile, însoţindu-se de edeme regionale şi adenopatii satelite.

2. KERION CELSI

Este o formă particulară a foliculitei tricofitice, cu aspecte foarte caracteristice : se prezintă ca nişte formaţiuni infiltrate, proeminente, de aspect tumoral, perfect rotunde, bine circumscrise, cu diametrul de 5—6 cm. Suprafaţa este roşie, ulcerată, supurativă, presărată cu pustule foliculare sau orificii prin care la presiune ies picături de puroi, adesea acoperită de cruste impetiginoase. Perii bolnavi sînt, ca şi în sicozisul parazitar, cenuşii, decoloraţi şi se smulg foarte uşor. Leziunea este cel mai adesea unică, alteori însă există două sau mai multe. Kerionul *celsi* se întîlneşte frecvent la copii (avînd ca sediu de predilecţie pielea capului), dar şi la bărbaţii adulţi, la care îşi are sediul obişnuit în barbă, ceafă, mai rar pe dosul mîinilor şi antebraţe. Aproape constant leziunile din pielea capului se însoţesc de adenopatii suboccipitale şi retroauriculare.

Durata tricofiţiilor supurate este variabilă, de la cîteva săptămîni la cîteva luni, manifestînd o tendinţă la vindecare spontană prin expulzia perilor parazitaţi o dată cu supuraţia perifoliculară şi prin modificări de ordin imunobiologic.

Tricofiţiile supurate se însoţesc adesea de reacţii secundare la distanţă, cu caracter tranzitor, localizate la gît, ceafă, umeri şi porţiunea superioară a toracelui ; ele se prezintă sub aspecte diferite, mai frecvent ca erupţii lichenoide foliculare, eczematide, pitiriaziforme, eritem polimorf.

TRATAMENTUL GENERAL

Se va administra antibioticul de elecţie :

Griseofulvina M, în doze de 500 mg/24 de ore (în primele 7 zile 750 mg sau 1 g/24 de ore) ; la copil 10 mg/kilocorp/24 de ore (1/2—3

Scanned with OKEN Scanner

comprimate/24 de ore, în funcţie de greutate şi vîrstă). Durata tratamentului va fi în funcţie de evoluţie, între 2 şi 4 săptămîni.

În formele intens impetiginizate se vor administra, prealabil sau concomitent cu griseofulvina, antibiotice antibacteriene : tetraciclină, eritromicină, cloramfenicol (vezi Piodermitele).

Concomitent cu tratamentul chimioterapic, dar mai ales în caz de intoleranţă la Griseofulvină se va recurge la :

Imunoterapie cu antigene fungice specifice (Longhin), extrase după metoda Boivin-Mesrobeanu (complex glucido-lipido-polipeptidic). Se administrează subcutanat în doze crescînde, de la 0,5 la 2 ml la 2—3 zile.

TRATAMENTUL LOCAL

Se va proceda la smulgerea perilor bolnavi şi chiar a celor aparent indemni din imediata vecinătate, după care se vor face :

— Badijonări cu soluţii antifungice (şi antimicrobiene) : Fenosept diluat 1/5, Decaderm, Buclosamid (Jadit) simplu sau P (hidrocortizon) sau

Rp. Iod met.
Acid salicilic
Acid benzoic āā 1 g
Glicerină 5 g
Alcool de 70° 95 g

sau

— aplicaţii de unguente : Decaderm, Saprosan, Buclosamid (Jadit) simplu sau P (hidrocortizon).

TRICOFIŢIILE PIELII GLABRE

Cunoscute şi sub denumirea de herpes circinat sau tricofitic, ele se întîlnesc, fie concomitent cu micoze ale pielii păroase a capului la copii, ca expresie a unei autoinoculări la distanţă, fie independent de ele, atît la copil, cît şi la adult, survenind în urma unei contagiuni accidentale de la un alt individ sau de la un animal bolnav (cîine, pisică, vite, cai etc.).

Simptome. Leziunile sînt localizate oriunde pe corp, cu preferinţă însă pe regiunile descoperite. Se prezintă ca mici pete eritemato-scuamoase sau eritemato-veziculoase, rotunde sau ovale, bine delimitate. Au tendinţă la extindere prin periferie, care apare marcată printr-o activitate crescută a procesului inflamator veziculos, în timp ce centrul devine mai palid, roz-gălbui. Uneori placardul ia aspectul de cocardă cu inele eritemato-veziculoase concentrice.

Tratamentul tricofiţiilor pielii glabre este asemănător cu al epidermofiţiilor.

B. EPIDERMOMICOZELE PIELII GLABRE

PITIRIAZISUL VERSICOLOR

Este o epidermomicoză datorită parazitului denumit *Microsporum furfur*, ce se manifestă sub formă de pete circumscrise, rotund-ovalare, uneori confluente, culoarea variind de la a cafelei cu lapte la brun-ară-

Scanned with OKEN Scanner

miu ; petele sînt acoperite de scuame fine, furfuracee, uneori discrete, fiind evidenţiate prin gratajul superficial al epidermului (semnul unghiei). Leziunile, neprurigînoase, au ca sediu de electie toracele superior, şi umerii, putînd cuprinde mai rar rădăcinile braţelor şi abdomenul, foarte rar gîtul şi faţa (la copii). Este foarte puţin contagioasă ; dezvoltarea sa poate fi favorizată de transpiraţia abundentă, de un anumit pH al pielii. Expunerea prelungită la soare face ca în locurile parazitate să apară toamna tîrziu pete albe, hipocromice, vizibile. Este discutabilă existenţa unui pitiriazis versicolor acromiant de la început, independent de expunerea la soare.

Evoluţia afecţiunii netratate este lungă, de luni şi ani, după care poate să dispară şi spontan ; recidivele postterapeutice sînt foarte frecvente.

TRATAMENTUL LOCAL

După o baie caldă, care are ca scop înmuierea şi permeabilizarea epidermului cornos, se vor face badijonări zilnice sau bicotidiene, de la gît şi pînă la centură, inclusiv umerii şi braţele, cu una din loţiunile :

Rp. Iod met.
Acid salicilic .
Acid benzoic āā 1 g
Alcool de 70° 100 g

Rp. Acid salicilic
Resorcină āā 3—4 g
Glicerină 5 g
Alcool de 70° 95 g

Sau se va badijona cu una din soluţii dimineaţa, iar seara se va aplica o pomadă decapantă şi antifungică Dubreuilh :

Rp. Acid salicilic 1 g
Acid benzoic 2 g
Vaselină 30 g

Un alt procedeu constă în aplicarea succesivă a următoarelor două soluţii :

Sol. I :
Rp. Hiposulfit Na 40 g
Apă distilată ad 100 ml
Sol. II :

Rp. Acid clorhidric sau
Acid tartric 3 g
Apă 100 ml

Se badijonează zilnic întîi cu soluţia I şi după 5—10 minute cu soluţia II.

Durata tratamentului este de 7—10 zile.

Profilactic. Tratamentul va fi obligatoriu repetat peste 3—4 săptămîni şi apoi periodic la intervale de mai multe luni (recidive frecvente).

În limita posibilităţilor se va steriliza lenjeria de corp şi pat, prin fierbere, călcare la abur, etuvare.

Scanned with OKEN Scanner

ERITRASMA

Este o micoză produsă de *Nocardia minutissimum ;* pentru unii agentul patogen ar fi o bacterie neidentificată încă, din genul *Corynebacterium.*

Simptome. Apare sub formă de placarde eritematoase uscate, uneori cu nuanţă uşor gălbuie sau de cafea cu lapte, cu suprafaţa acoperită cu scuame fine. Placardele au tendinţă la extindere centrifugă, atingînd diametre de 5—20 cm şi căpătînd contururi policiclice. Pruritul este uşor sau lipseşte. Eritrasma atinge cu predilecţie bărbaţii. Sediul de electie îl reprezintă pliurile inghino-crurale şi partea supero-internă a coapsei, mai frecvent cea stîngă, mai rar axilele sau alte pliuri.

Tratamentul este asemănător celui din pitirizis versicolor. Unii autori utilizează ertromicina 1—2 g/zi. Local se fac şi badijonări cu Fenosept în soluţie alcoolică diluat 1/4 sau în unguent molle 5 ml/20.

EPIDERMOFIŢIA INGHINALĂ (ECZEMA MARGINATUM] HEBRA)

E provocată de *Epidermophyton inguinale,* uneori şi de alte specii de epidermofitoni *(E. flocosum, Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton rubrum).*

Simptome. Se prezintă sub aspectul unor placarde întinse, roz sau roşii, scuamoase în centru şi veziculoase la periferia activă şi progresivă, ale cărei contururi sînt adesea policiclice.

Sediul de electie este partea supero-internă a coapselor, putîndu-se întinde la scrot. Se poate găsi mai rar în pliurile submamar şi interfesier. Leziunile, fiind foarte pruriginoase, se pot lichenifica prin scărpinat. Tratamentul este asemănător celui al epidermofiţiei palmo-plantare.

EPIDERMOFIŢIA PALMO-PLANTARĂ ŞI EPIDERMOFIŢIA INTERDIGITALĂ

Sînt produse de *Trichophyton rubrum* sau *T. mentagdophytes, T. floccosum* şi *Ctenomyces interdigitalis* (specie mai recent izolată).

Simptome. Localizările elective sînt : spaţiile interdigitale, îndeosebi 3 şi 4, şi cele subdigitale, de la picioare, precum şi bolta plantei. Mai rar afecţiunea se localizează în palme. Epidermul apare pe suprafeţele de contact, fie alb macerat, fie roşu eroziv, consecutiv ruperii veziculelor parazitare, cu chenar de epiderm cornos, decolat la periferie şi cu fisuri, uneori adînci şi dureroase, în fundul pliurilor. Leziunile se pot extinde cu timpul şi la pielea de pe dosul degetelor şi a labei, unde iau un aspect eczematiform.

Epidermofiţia bolţii plantei, uni- sau bilaterală, frecvent coexistentă cu localizarea interdigitală, este constituită predominant din vezicule mari, dishidroziforme, şi bule, în plafonul cărora parazitul este uşor de găsit la examenul micologic direct. Mai rar leziunile plantare iau aspect de placarde hiperkeratozice, fisurate, greu de diagnosticat.

Evoluţia este de cele mai multe ori lungă, de ani de zile, cu remisiuni hibernale şi recidive estivale, o dată cu transpiraţia abundentă şi macerafia produse de căldură. Ele sînt observate deseori la sportivi şi la

Scanned with OKEN Scanner

cei care merg mult desculți, frecventînd piscinele, sălile și terenurile de sport *(atletic foot)*. La unii indivizi, afecțiunea capătă evoluție cronică și deosebit de rebelă la tratamente, întinzîndu-se sub o formă atenuată la întreaga plantă, cu leziuni sporadic veziculoase, pe un fond de plăci descuamative cu contur geografic, în continuă remaniere.

La indivizi cu predispoziție la sensibilizare pot apărea simetric și concomitent, la ambele mîini, erupții veziculoase dishidroziforme (epidermofitide), a căror intensitate se exagerează cu fiecare recidivă (vezi Dishidroza).

La palme, epidermofiția realizează placarde veziculo-descumative cu evoluție excentrică, mai activă la periferie, uni- sau bilaterale.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi utilizat numai în formele acute, eruptive, cu leziuni extensive, bilaterale și tendință la erupție secundară la distanță ; constă în administrare de :

—*Griseofulvină M,* în doze zilnice de 500 mg (comprimate a 125 mg), în 2 sau 4 prize ; la copii mai mari 250—375 mg/24 de ore (2—3 comprimate a 125 mg). Durata tratamentului este de 2—3 săptămîni.

Formele eczematizate și cele însoțite de epidermofitide dishidroziforme la mîini nu sînt decît parțial influențate de antibiotic ; componenta eczematoasă va trebui tratată ca atare, fără a prelungi durata administrării griseofulvinei.

— *Corticoterapia,* în doze mici și cure scurte (Supercortizol 20—25 mg/24 de ore, Prednison 25—30 mg/24 de ore), poate constitui un auxiliar terapeutic patogenic prețios în formele acute, inflamatorii extensive.

În cazuri de intoleranță la griseofulvină se va recurge la :

— *Imunoterapia* vaccinantă cu doze mari, progresiv crescînde, la 2 zile, subcutanat (0,5—1—1 1/2 ml) *cu un extract antigenic glucido-lipidic de epidermofiton (Longhin),* preparat ca și cel de tricofiton (vezi Tricofițiile supurate).

În formele cu eczematizare și erupții secundare, antigenul se administrează în doze mici, de 0,1—0,2—0,3—0,4—0,5 ml.

În cazurile secundare piococizate se vor administra antibiotice (tetraciclină, cloramfenicol).

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor face mai întîi băi călduțe, timp de mai multe zile, cu soluții slabe de substanțe cu acțiune antifungică : permanganat de potasiu 1/10 000, Fenosept o lingură la un litru de apă ; apoi se va badijona cu loțiuni antifungice ;

— Fenosept 1/5 diluat în apă sau alcool de 90° ;
— Decaderm sau Buolosamid (Jadit), simplu sau P.

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Iod met.
Acid salicilic
Acid benzoic āā 1 g
Alcool de 70° 100 g

Rp. Soluţie Castellani
Soluţie alcoolică saturată de fuchsină bazică 10 g
Soluţie apoasă de fenol 5% 100 g
Acid boric 1 g (se adaugă după filtrare)
Acetonă 5 ml (se adaugă după două ore)
Rezorcină 5 g (se adaugă după alte două ore)

Se mai prescriu unguente antifungice (aplicate eventual după badijonările cu soluţii) : Decaderm, Saprosan, Buclosamid (Jadit).

În formele cu eczematizare şi erupţii secundare (dishidrotice) ale mîinilor se vor aplica topice cu antifungice şi corticoizi (paste cu apă şi paste grase), iar mai tîrziu pomezi :

1) *Rp.* Fenosept 5 ml
Hidrocortizon 200 mg
Talc
Oxid de zinc
Glicerină āā 5 g

2) *Rp.* Acid salicilic 0,10 g
Acid boric 0,20 g
Calomel 0,50—1 g
Hidrocortizon 200 mg
Talc
Oxid de zinc
Vaselină
Lanolină āā 5 g

3) *Rp.* Acid salicilic 0,10 g
Acid boric 0,20 g
Calomel 0,50—1 g
Hidrocortizon 200 mg
Lanolină
Vitamină A soluţie uleioasă āā 5 g

Se mai foloseşte de asemenea Buclosamid (Jadit).

La mîini şi picioare, dacă erupţiile veziculoase sînt profuze şi însoţite de fenomene intens inflamatorii, se vor pune comprese umede cu Fenosept diluat 1/20 cu apă sau acid boric 2% (dacă leziunile sînt piodermizate secundar, compresele vor fi precedate de băi călduţe cu soluţii slab antiseptice) vezi Piodermitele.

Profilactic, după vindecare se vor face pudraje bi- sau trisăptămînale, între degetele picioarelor, în ciorapi şi pantofi, cu talc boricat 3%.

C. MICOZELE CUTANATE PROFUNDE

ACTINOMICOZA

Este datorită mai multor specii de *Actinomyces,* dintre care cele mai importante sînt *Actinomyces (nocardia) bovis* şi *Actinomyces israeli,* acesta din urmă fiind cauza cea mai frecventă a infecţiilor umane. Actinomicetele sînt paraziţi (azi consideraţi bacterii) foarte răspîndiţi (sol, ve-

Scanned with OKEN Scanner

getale, ape), dar numai o parte din ei sînt sau devin patogeni. Contaminarea se face obişnuit prin soluţii de continuitate survenite în urma unui microtraumatism al pielii sau mucoasei buco-faringiene (mestecatul boabelor, spicelor şi tijelor de graminee) sau prin ingestie alimentară. Azi este admisă teoria autoinfecţiei cu germeni preexistenţi în stare saprofită în cavitatea bucală, care îşi exaltă virulenţa devenind patogeni după traumatisme, extracţii dentare.

Simptome. Localizarea cea mai frecventă, legată de focarele infecţioase bucale, este în regiunea cervico-facială: pornind de la focarele dentare, procesul infecţios duce la o celulită cervico-maxilară, care se concretizează apoi în unul sau mai mulţi noduli subcutanaţi, duri, indolenţi, aderenţi de planurile profunde şi apoi de tegumente, care devin roşii. Evoluţia nodulilor se face după tipul gomelor în general, ajungîndu-se la fistulizare şi supuraţie cu eliminare de grăunţi galbeni, moi. Evoluţia lent progresivă, este de lungă durată, invadînd ţesuturile vecine, inclusiv oasele, ale căror leziuni pot fi decelabile radiologic. Starea generală este în general bună. Mai rar se pot produce metastaze la distanţă, subcutanate sau viscerale. În regiunea perineo-fesieră, actinomicoza cu punct de plecare rectal poate realiza un sindrom elefantiazic supurativ, polifistulos, simulînd sindromul Jersild din limfogranulomatoza Nicolas-Favre sau o tuberculoză. Localizarea la picior realizează aspectul clasic de „picior de Madura".

TRATAMENTUL GENERAL

Se va începe cu *iodură de potasiu per os* în doze zilnice progresive, de la 3 la 12 g, din poţiunea

Rp. I K 20 g
Sirop 50 g
Apă ad 300 g

sau injecţii intravenoase dintr-o soluţie Lugol

Rp. Iod metaloidic 1 g
I K 2 g
Apă distilată sterilizată 100 g

începînd cu 2 ml şi crescînd zilnic pînă la 5 sau chiar 10 ml în amestec cu o soluţie sterilă de hiposulfit de sodiu în cantităţi egale practic pînă la decolorarea iodului. Medicaţia iodată, depăşită de noile medicamente cu acţiune asupra actinomicetelor, poate fi utilizată ca auxiliar în formele rebele şi în cele însoţite de o stare elefantiazică.

Se mai prescriu: a) *Sulfamide* de ex. sulfatiazol, în doze de 8 g/24 de ore în primele 4—5 zile, apoi 6/24 de ore, ulterior 4 g zilnic în săptămînile următoare, eventual în asociaţie cu iodura de potasiu după metoda clasică a lui Legroux. b) *Hidrazida acidului nicotinic* (HIN) a dat uneori rezultate în doze de 10 g/kilocorp/24 de ore (vezi Tuberculozele cutanate). c) *Antibiotice:* penicilină G sodică sau potasică, în doze pînă la 10 000 000 u./24 de ore sau Moldamin (vezi Piodermitele); streptomicină în doze de 2 g/24 de ore, timp de 4 săptămîni, apoi 1 g/24 de ore

Scanned with OKEN Scanner

cîteva luni (vezi Tuberculozele) ; tetraciclină, 2 g/24 de ore în cure prelungite (eventual se va încerca administrarea pe cale intravenoasă de Solvocilin) (vezi Piodermitele). Este indicat, ca alegerea antibioticului sau chimioterapicului să se facă pe cît posibil după rezultatele antibiogramei.

TRATAMENTUL LOCAL

Se practică instilații pe traseele fistulelor și infiltrații intra- și perilezionale cu soluții slabe de penicilină, streptomicină, hidrazidă (HIN), Lugol, sublimat etc.

— Roentgenterapia antiinflamatoare constituie un tratament de elecție, după unii autori.

— Tratamentul chirurgical va fi aplicat numai după epuizarea și eșecul metodelor conservatoare : în cazurile mai vechi, soldate cu scleroză, se recomandă extirparea chirurgicală a fistulelor iar în cazurile de „picior de Madura", cu importantă atingere osoasă, se va recurge la amputarea labei sau, după necesitate, la un nivel superior acesteia.

SPOROTRICOZA

Sporotricoza este o micoză cronică rară, comună omului și animalelor, provocate de ciuperci din clasa *Hyphomycetes* (grupul *Sporotricheae*) caracterizîndu-se prin leziuni gomoase cutanate sau hipodermice. Două sînt speciile patogene : *Sporotrichum schenckii,* și *Sporotrichum beurmanni.* Este universală, întîlnindu-se îndeosebi la populația rurală. Se admite în general că agentul fungic trăiește saprofitar pe diferite plante sau în pămînt, și că invadează accidental unele animale (cai, pisici, cîini, șobolani, iepuri etc.). Inocularea se face de obicei prin piele, printr-o mică soluție de continuitate, cel mai adesea traumatică.

Simptome. Boala comportă numeroase forme clinice, cea mai frecventă și mai caracteristică fiind forma gomoasă diseminată. Aceasta se caracterizează printr-un polimorfism evolutiv, întîlnindu-se nodozități indurate, gome ramolite, abcese, ulcere și cicatrice. O a doua formă caracteristică este cea limfangitică, în care gomele, înșirate de-a lungul vaselor limfatice, în general pe membre, au ca punct de plecare un șancru de inoculare (șancrul sporotricozic), respectiv un mic nodul dermo-hipodermic, care ulterior se necrozează. O a treia formă este cea epidermică, cu leziuni papulo-necrotice și vegetante grupate în placarde.

TRATAMENTUL GENERAL

S-au dovedit active : penicilina G, streptomicina, sulfamidele (vezi Actinomicoza) și mai ales iodul.

Rp. Iodură de potasiu 20—50 g
Sirop 50 ml
Apă distilată q.s. pentru 250 ml

Se începe cu două linguriţe, crescînd doza cu o linguriță (1 gram) zilnic sau la două zile ; în caz de toleranță se ridică doza pînă la 5—6 g

Scanned with OKEN Scanner

și chiar mai mult (10—12 g), în mai multe prize ; se diluează cu lapte sau cu apă, adăugîndu-se eventual puțin bicarbonat de sodiu, deoarece în cure prelungite dă frecvent intoleranță gastrică. Iodul se mai poate administra și intravenos, sub formă de soluție Lugol, în doze progresive, de la 2 la 10 ml ; se amestecă în părți egale cu hiposulfit de sodiu pentru a preveni o sclerozare a venelor. Pe această cale prezintă avantajul de a putea fi administrat un timp mai îndelungat decît *per os*. În caz de intoleranță gastrică la iod, unii autori mai utilizează lipiodolul 20 sau 40%, în doze crescînde, o dată sau de două ori pe săptămînă. Tratamentul iodat durează mai multe luni (3—4), practic pînă la vindecare, prelungindu-se și după vindecare încă 2—3 săptămîni.

MICETOMUL

Este o entitate anatomo-clinică, dar nu și etiologică, provocată de diverși agenți patogeni, cel mai adesea ciuperci, care aparțin unor specii, genuri și familii diferite : *Actinomyces, Madurella, Indiela, Aspergillus, Sterigmocytis, Penicillium* ș.a. ; cele mai importante sînt micetoamele actinomicozice și cele maduromicozice.

Simptome. Clinic, micetomul reprezintă, după Brumpt, o tumoare micozică, inflamatorie, care produce grăunți de culoare și dimensiuni variabile, după specia ciupercii, formați dintr-o împletitură de filamente miceliene. Micetoamele pot să aibă o localizare ubicuitară, dar mai ales la picior (*„picior de Madura"*). Inocularea este exogenă, în peste 90% din cazuri făcîndu-se la nivelul piciorului în urma unui traumatism. În perioada de stare, piciorul devine voluminos, monstruos ; planta este bombată, tegumentele îngroșate, presărate de proeminențe mamelonate și fistule ce supurează ani de zile și prin care se elimină grăunții. Ganglionii sînt frecvent palpabili. Examenul radiologic decelează adesea leziuni osoase. Prognosticul funcțional este prost.

TRATAMENTUL GENERAL

Micetoamele fungice sînt foarte rebele ; în cele actinomicozice, tratamentul medical este acela al actinomicozei. Dată fiind slaba eficacitate a tratamentelor medicale, este necesar să se recungă la intervenția chirurgicală, singura în măsură să rezolve favorabil boala : excizarea tuturor traiectelor fistuloase, pînă la aponevroză sau os, urmată de grefe plastice sau de amputarea labei.

D. CANDIDOZELE CUTANEO-MUCOASE

Sînt afecțiuni acute, subacute sau cronice, datorite ciupercilor levuriforme, cea mai importantă fiind în cauză *Candida albicans ;* mai rar pot fi găsite *Candida tropicalis, Candida pseudotropicalis, Candida guilliermondi etc.* De cele mai multe ori este vorba de tulpini autohtone saprofitare, trezite din latență și devenite patogene sub influența diverșilor

Scanned with OKEN Scanner

factori ; la nivelul tegumentelor, în pliuri, şi pe extremităţi, dezvoltarea lor este favorizată de transpiraţie abundentă cu implicaţii asupra pH-ului cutanat, macerаţii, asocieri microbiene, hiperglicemie cu hiperglicistie sau diabet. La nivelul mucoasei bucale, intestinale şi genitale (vaginală), dezvoltarea Candidei survine după modificarea echilibrului florei microbiene fiziologice (disbioză microbiană) mai rar spontan, de cele mai multe ori după administrarea mai mult sau mai puţin prelungită (uneori după cure scurte) de antibiotice cu spectru lang sau de chimioterapice (Metronidazol, sin. Flagyl) utilizate azi curent în tratamentul tricomoniazei. Alţi factori care pot declanşa o candidoză cutanată sau mucoasă : diabetul, sarcina, mai rar corticoterapia. Manifestările clinice ale candidozelor cutaneo-mucoase sînt foarte polimorfe, aspectele diferind în raport cu localizarea.

I. CANDIDOZELE CUTANATE

INTERTRIGOURI

Se localizează la picior, cu predilecţie în spaţiile interdigitale 3—4 şi pliul subdigital, iar la mînă în spaţiul interdigital 3, survenind frecvent la cei care lucrează cu mîinile în umezeală (spălătorese) sau care manipulează fructe şi dulciuri ((fructari, cofetari). După un stadiu de eritem pruriginos, urmează unul de decolare epidermică, secreţie şi macerare, cu depozit albicios şi cu fisurare a fundului pliului. La periferia placardului intertriginos se observă un guleraş de epiderm cornos caracteristic. Alte pliuri care constituiesc sedii frecvente ale infecţiilor cu *Candida* sînt cele genito-crurale, interfesier şi submamare. Intertrigourile cu aceste ultime localizări iau foarte curînd aspectul unei dermite eczematiforme.

DERMO-EPIDERMITA (DERMITA ECZEMATIFORMĂ) CU LEVURI

Se prezintă ca un placard eczematoid care se deosebeşte de acela din dermo-epidermita microbiană prin aspectul adesea policiclic, cu tendinţă centrifugă activitate crescută la periferie, mancată printr-un chenar veziculos sau printr-un guleraş descuamativ ; mici veziculo-pustule de autoinoculare în vecinătatea placardului primar. Se întîlneşte la nivelul pliurilor, pe dosul labelor picioarelor şi pe gambe, mai rar pe dosul mîinilor.

II. CANDIDOZELE MUCOASELOR

STOMATITA CU LEVURI

La adulţi, stomatita cu *Candida* poate realiza la început o formă eritematoasă pură ce se întîlneşte mai frecvent la vîrstele înaintate ; mucoasa este roşie şi uscată, însoţindu-se de senzaţia de arsură (glosopiroză). Cel mai adesea, însă, pe fondul roşu al mucoasei obrajilor şi al limbii apar mici depozite albicioase, de aspect cremos, aderente, dispuse

Scanned with OKEN Scanner

în pete izolate sau confluente. Mai rar aceste depozite pot realiza o formă „pseudomembranoasă".

MUGUET-UL

Apanaj al sugarului atrepsic, debilitat prin tulburări digestive, poate fi întîlnit şi la copilul sănătos. În perioada de stare ia aspectul de depozit alb-cremos difuz, pe suprafaţa limbii şi a mucoasei obrajilor. Detaşarea depozitului, relativ aderent, produce sîngerări ale mucoasei. Evoluţia prelungită favorizează infecţiile bronho-pulmonare sau extinderea candidozei la intestin şi arborele respirator.

(PERLEŞUL STOMATITA ANGULARĂ)

Este o fisură superficială de obicei bilaterală, a comisurilor labiale, acoperită de un exsudat albicios grăsos ; apare frecvent la copii, la care coexistă de obicei cu o stomatită, şi la purtătorii de proteze sau vîrstnicii edentaţi, la care are o evoluţie cronică recidivantă.

CHEILITELE

Pot avea uneori origine candidozică, coexistînd de obicei cu o stomatită cu levuri.

BALANITELE ŞI BALANO-POSTITELE CU LEVURI

Mucoasa este roşie, inflamatorie, foarte pruriginoasă, acoperindu-se cu pustule şi evoluînd spre o balanită erozivă, cu epidermul macerat şi cu depozite albe-cremoase. La vîrstnici, aceste balanite apar frecvent pe fondul unui diabet.

VULVO-VAGINITA CANDIDOZICĂ

Localizare azi foarte frevntă, omolog al balanitei candidozice, se manifestă uneori printr-un simplu prurit. Cel mai adesea, însă, pruritul însoţeşte o leucoree mai mult sau mai puţin abundentă, cremoasă sau grunjoasă ; mucoasa vulvo-vaginală este roşie, erozivă sau acoperită cu depozite albicioase. Pielea din regiunea perivulvară poate deveni cu timpul sediul unei dermo-epidermite (frecvent la diabetice) care se extinde la pliurile inghino-vulvare, perineu, pube. Infecţia poate cuprinde uretra şi vezica urinară sau uterul.

III. ONIXISUL ŞI PERIONIXISUL

Sînt manifestări frecvente ale candidozelor cutanate. Pentru orientarea diagnosticului sînt foarte valoroase unele circumstanţe de ordin clinic : frecventa crescută la unele profesiuni (spălătorese, gospodine care lucrează mult în umezeală, mai ales la acelea care îşi fac curent manichiura, fructari, mai

rar brutari), apariţia după antibiotice, coexistenţa cu alte manifestări candidozice cutaneo-mucoase şi precesiunea de cele mai multe ori a perionixisului cu atingerea secundară a unghiei. De obicei sînt atinse succesiv mai multe unghii.

IV. GRANULOMUL CANDIDOZIC (MONILIAZIC)

Este o formă clinică rară, debutînd în prima sau o doua copilărie. Începe prin mici noduli dermici, inflamatori, dintre care unii se ulcerează, extinzîndu-se în suprafaţă, pentru a forma plaje papilomatoase vegetante, zemuinde, net delimitate, iar alţii se acoperă cu cruste cornoase foarte caracteristice, simulînd cornii cutanaţi. Leziunile se localizează de preferinţă la faţă, pielea capului, dar şi în alte regiuni tegumentare. Leziunile cavităţii bucale amintesc *muguet*-ul. Sînt prezente adesea leziuni de onixis şi perionixis candidozic.

Evoluţia este gravă, adesea mortală, prin caşexie şi bronhopneumonie intercurentă. Există însă cazuri cu evoluţie cronică prelungită pînă la vîrsta adultă (Degos).

TRATAMENTUL GENERAL

— *Profilactic.* Se vor evita abuzurile de antibiotice şi chiar uzul lor pentru orice manifestare morbidă, alimentaţia monotonă şi tulburările digestive cronice, care pot duce la crearea unui dismicrobism intestinal cu dezvoltarea în exces a Candidei. Se vor combate hiperglicemia şi diabetul. Se recomandă ca în cazul utilizării antibioticelor în cure prelungite şi în cursul tratamentelor cu Metronidazol să se administreze concomitent pe lîngă complexul vitaminic B şi floră lactică (iaurt) — şi Stamicin în doze medii, cîte 3—6 drajeuri / 24 de ore (1 500 000—3 000 000 u.i.).

Dispepsiile intestinale cronice vor fi combătute, între altele, periodic, prin derivaţi oxichinoleinici : Saprosan, Mexaform, Cifoform (vezi Eczema).

Curativ. Tratamentul general este indicat în :

— formele de leziuni multifocale, în special în cele cu localizări pe mucoase (buco-intestinală, anală, vaginală) ;

— candidozele sugarului (în special cu localizări buco-faringiene) şi granulomul moniliazic, precum şi în dermitele eczematiforme candidozice.

Medicaţia de elecţie o constituie *antibioticele anticandidozice :*

— *Nystatinum,* în coment sub denumirea de Stamicină (sinonim : Mycostatin), este un antibiotic cu acţiune fungistatică şi fungicidă aproape electivă asupra ciupercilor levuriforme, mult mai slabă asupra dermatofiţilor, produs de *Streptomyces noursei,* de toxicitate aproape nulă, cu o compoziţie chimică încă neprecizată. Este dozat în unităţi sau miligrame, echivalente astfel : 1 mg = 2 000 u.i. sau 1 drajeu de 500 000 u.i. = 250 mg. Este termostabil şi rezistă la sucurile digestive : are o perioadă scurtă de stabilitate în suspensie apoasă la 37°, inactivîndu-se relativ repede. Rezistenţa Candidei la antibiotic pare să se instaleze foarte încet, fiind practic neglijabilă.

Scanned with OKEN Scanner

Dată fiind absorbţia extrem de redusă la nivelul mucoasei intestinale şi eliminarea aproape în întregime prin fecale, este inutil ca în formele viscerale severe (exceptînd tractul digestiv) să se insiste prin supradozări şi cure prelungite excesiv. În astfel de cazuri se va recurge la administrarea amfotericinei pe cale intravenoasă (cu totul excepţional) (vezi mai jos).

Stamicina se administrează pe cale orală în doză medie de 9—12 drajeuri/24 de ore (4 500 000—6 000 000 u.i.), în 3—4 prize. La copii, 2—6 drajeuri/24 de ore. Curele se prelungesc în funcţie de evoluţie şi rezultate, în principiu şi cîteva zile după dispariţia fenomenelor clinice obiective şi a candidei la examenele de laborator. Toleranţa este în general bună.

Amfotericina B este un antibiotic de rezervă, activ în candidozele viscerale şi în granulomul moniliazic (indicaţie majoră). Puţin solubil în apă, se dizolvă în soluţie glucozată 5% ; precipitînd în soluţie cloruro-sodică izotonică, nu se utilizează diluţii cu acest solvent.

Se găseşte sub formă de pulbere (sarea de sodiu a Amfotericinei B) în flacoane a 50 mg care se dizolvă în apă distilată sau soluţie glucoză 5% administrîndu-se intravenos, preferabil în perfuzii lente cu soluţii conţinînd 0,1 mg/ml. Doza uzuală este de 0,25—0,75 mg/kilocorp/24 de ore (maximum 1,5 mg/kilocorp/24 de ore), administrată o dată. Durata tratamentului este de 3—8 săptămîni, în funcţie de rezultatele obţinute. Toleranţa locală (venoasă) şi generală este mediocră ; se observă adesea flebite la locul perfuziei, anorexie, greţuri, cefalee, frisoane, febră (se va întrerupe perfuzia) şi intoleranţă renală (contraindicat la cei cu insuficienţă renală).

— *Imunoterapia* cu extracte antigenice glucido-lipidice (Longhin) aduce reale servicii în candidozele viscerale, şi în granulomul moniliazic, în care se administrează în doze relativ mari, progresive de la 0,2 la 2 ml (la copii jumătate din doza adultului, la sugari 1/4 din doza adultului), la 2 zile, subcutanat, concomitent cu antibiotice antifungice.

În candidozele de sensibilizare (dermite eczematiforme, erupţii secundare), dozele vor fi mici, desensibilizante (vezi Eczemele microbiene şi micotice).

Alte medicamente cu acţiune antifungică utilizabile în candidozele buco-intestinale :

— *Derivaţi ai oxichinoleinei.* Saprosan, Mexaform, Cifoform (vezi Eczema) ;

— *Corticoizii* (Superprednol, Prednison, Supercortisol) vor fi utilizaţi în doze medii, cure scurte, în formele cu manifestări de sensibilizare (dermite eczematiforme, erupţii secundare), extensive, cu tendinţa la diseminare (vezi şi Eczemele micotice).

TRATAMENTUL LOCAL

Va fi individualizat în raport cu forma clinică a candidozei.

Dermita eczematiformă şi intertrigoul candidozic (în esenţă tot o dermită eczematiformă) vor fi tratate ca eczemele micotice (vezi Eczemele).

Stomatitele cu levuri vor fi tratate prin :

— gargarisme cu soluţie slabă de permanganat de potasiu sau oxichinoleină 1/5 000, Fenosept 1 lingură la 1 litru de apă ;

Scanned with OKEN Scanner

— badijonări cu glicerină boraxată 5—10%, glicerină cu Stamicină (100 000 u.i./1 g glicerină), o dată, de două sau de trei ori pe zi ;

— pulverizări cu Stamicină înconporată în lactoză în proporţie de 100 000 u.i./1 g lactoză, de două-trei ori pe zi ;

— la nevoie se va suge de două-trei ori pe zi cîte un drajeu de Stamicină, menţinîndu-se în cavitatea bucală un timp cît mai îndelungat.

Durata tratamentului va fi de 7—10 zile, prelungindu-se la nevoie, în raport cu evoluţia leziunilor.

Stomatita (cheilita) angulară candidozică (perleşul) se va trata cu creme şi unguente cu Stamicină (100 000 u.i./1 g excipient) asociată eventual cu hidrocortizon, după prealabila atingere cu o soluţie diluată de Fenosept 1/10.

Rp. Acid salicilic 0,05 g
Stamicină 1 000 000 u.i.
Hidrocortizon 100 mg
Lanolină
Oleum jecoris āā 3 g

În cazurile rebele se va recurge la atingeri la 2 zile cu o soluţie de argint nitric 1—2%, urmate imediat de aplicarea unguentului.

Se mai pot utiliza unguentele Saprosan T şi Decaderm.

Oncţiunile se vor repeta de trei-patru ori pe zi, pînă la vindecare.

Balano-postita cu levuri va beneficia de spălături cu o soluţie diluată de Fenosept sau Decaderm (1 linguriţă la 1 pahar cu apă) permanganat de potasiu 1/10 000 sau acid boric 2%, după care se vor aplica paste cu apă, apoi paste grase sau unguente conţinînd Stamicină 100 000 u.i./1 g excipient şi eventual hidrocortizon 1—2%.

Rp. Stamicină 1 500 000 u.i. (3 draj.)
Hidrocortizon 100 mg
Talc
Oxid de zinc
Glicerină
Apă distilată āā 3 g

Rp. Stamicină 1 500 000 u.i.
Hidrocortizon 100 mg
Talc
Oxid de zinc
Lanolină
Vaselină āā 3 g

Se mai poate prescrie şi unguentul Decaderm.

În balanitele recidivante, rebele la tratament, se vor cerceta glicemia şi glicozuria.

Vulvo-vaginitele candidozice se vor trata prin irigaţii cu o soluţie slabă de permanganat de potasiu (1/10 000) sau, preferabil, cu Fenosept diluat (1—2 linguri la 1 litru de apă călduţă), acid boric 5—10‰, practicate o dată de două ori pe zi, dimineaţa şi seara, după care se vor introduce cîte 1—2 ovule (2 pe zi) cu Stamicină (conţinînd 30 mg antibiotic). Tratamentul va dura 10—15 zile, cura repetîndu-se după o săptămînă. Va fi tratat şi partenerul (vezi Balano-postita candidozică).

Scanned with OKEN Scanner

Granulomul candidozic va beneficia de decapararea crustelor prin băi călduțe, emoliente, cu soluții slabe de permanganat de potasiu sau spălarea cu apă și săpun a zonelor acoperite de cruste, și unguente conținînd substanțe decapante :

Rp. Acid salicilic 2 g
Acid benzoic 4 g
Vaselină 40 g
(pomada Whitefield)

urmate de unguente cu Stamicină (100 000 u.i./1 g excipient care poate fi simplă vaselină neutră) sau unguentele Saprosan T și Decaderm.

În prealabil se pot face badijonări cu soluții slabe de Fenosept și Decaderm (veiz mai sus).

E. ONICOMICOZELE

Survin în legătură cu o micoză a pielii păroase a capului, o epidermofiție plantară sau interdigitală, sau independent de acestea. Ciupercile care le pot provoca sînt numeroase : *Trichophyton, Epidermophyton, Achorion, Candida, Penicillium* etc. ; cele mai curente sînt cele produse de *Trichopyton violaceum* și *Trichophyton (Epidermophyton) interdigitalis*. Uneori onixisurile parazitare au un caracter profesional ; cele tricofitice se întîlnesc mai frecvent la văcari, fermieri, veterinari, iar cele cu *Candida* la fructari.

ONIXISURILE TRICOFITICE

Debutează de obicei în partea profundă a unghiei, în șanțul subunghial, de sub marginea liberă a acesteia, prin pete albe-gălbui, care apar vizibile prin transparența lamei unghiale. Leziunea progresează lent spre matrice, cu îngroșarea unghiei înspre profunzime, făcînd ca tabla externă să apară ridicată de o masă cornoasă friabilă („măduvă de soc"). În stadii mai avansate, uneori precoce, poate fi invadată și tabla externă, care devine fisurată, erodată, rugoasă, neregulată. În general, onicomicozele tricofitice nu se însoțesc de perionixis. De obicei sînt atinse mai multe unghii ; adesea la mîini sînt lezate 9 din 10.

ONIXISUL CU LEVURI (CANDIDA)

Atinge de obicei mai multe unghii, concomitent sau succesiv ; debutează cel mai adesea printr-un perionixis inflamator, cu supurație discretă la nivelul șanțului periunghial, simulînd un perionixis stafilococic.

Unghia este invadată secundar (foarte rar primitiv), leziunile acesteia manifestîndu-se asemănător celor din onixisul tricofitic.

Onixisul și perionixisul cu levuri se observă frecvent la femei (abuz de manichiură, spălatul vaselor și rufelor etc.). Uneori glicemia este crescută la acești bolnavi.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

În onixisurile tricofitice, marea majoritate a autorilor, renunțînd la procedeele terapeutice locale clasice (extirparea unghiei, roentgenterapie, onicoliză prin sulfură de sodiu etc.), urmate frecvent de recidive, preferă azi tratamentul cu griseofulvină, în special cu Griseofulvină micronizată (Griseofulvină M), în doze de 0,5—1 g/24 de ore, în cure prelungite, de 4—6 luni (vezi Epidermofițiile).

TRATAMENTUL LOCAL

Se va proceda mai întîi la îndepărtarea, în ședințe repetate, cu foarfecele, pila sau un ciob de sticlă, a părților bolnave ale unghiei atinse, după care se vor face badijonări zilnice cu o soluție alcoolică salicilo-iodată 1% sau Castellani (vezi Epidermofițiile) sau cu o soluție de Fenosept diluată 1/3 în alcool de 70°, după care (seara) se pot aplica și unguente de tipul pomezii Whitefield (vezi granulomul candidozic) Saprosanului, Decadermului, Buclosamid-ului (Jadit) (vezi Piodermitele și Epidermofițiile).

În onixisurile și perionixisurile cu levuri, tratamentul exclusiv local, constă în băi repetate și prelungite cu permanganat de potasiu 1/10 000 sau Fenosept (1 linguriță la 1 pahar cu apă), urmate de curățirea părților bolnave, ca mai sus, și aplicarea soluțiilor de violet de gențiană sau cristal-violet 1—2% sau, preferabil, a soluției Castellani (vezi Epidermofițiile), urmate de unguente cu Nystatinum (Stamicin) 100 000 u.i./1 g excipient, la care, în caz de perionixis, se pot adăuga și corticoizi (vezi Dermitele eczematiforme cu levuri) sau unguentele: Saprosan, Decaderm, Buclosamid (Jadit) și Buclosamid P.

Tratamentul va fi și în acest caz de lungă durată: 3—6 luni. Se recomandă să se evite contactul prelungit cu apa, spălatul vaselor și rufelor și manichiura.

Scanned with OKEN Scanner

V

DERMATOZE PROVOCATE DE AGENȚI MECANICI ȘI FIZICI

CALOZITĂȚILE (DURILLON-UL)

Sînt îngroșări circumscrise ale stratului cornos de aspectul unor plăci gălbui, dure, la mîini și picioare, rar pe acele regiuni care apar sub influența presiunilor și frecărilor repetate. Adesea au caracter profesional. Cînd traumatismele sînt mai intense și prelungite, sub calozitate se produce o ampulă subepidermică, al cărei conținut seros se poate infecta.

Tratamentul preventiv. Se recomandă ameliorarea igienei încălțămintei (tocuri cît mai joase, încălțăminte suficient de largă, iar în caz de picior plat, încălțăminte ortopedică).

Tratamentul curativ. Constă în esență în înmuierea și exfolierea straturilor cornoase în exces, prin :

— băi călduțe prelungite (20—30′) și raclarea cu piatră poroasă, după care se vor aplica :

— unguente conținînd substanțe keratolitice : acid salicilic 10—15%, resorcină 15—20%, acid lactic 5—10% ș.a.

Rp. Acid salicilic 12 g
Acid lactic 6 g
Vaselină 100 g
(Arievici)

Rp. Acid salicilic 5 g
Resorcină 15—20 g
Vaselină 100 g

În caz de aplicare a unguentelor se izolează în prealabil tegumentele vecine cu un film de colodiu sau cu o pastă cu apă Darier ; pansamentul, preferabil oclusiv, sub celofan sau poliester, va fi menținut 24—48 de ore. El va putea fi repetat la intervale de mai multe zile, pînă la obținerea efec-

Scanned with OKEN Scanner

telor dorite. Dacă se produc fenomene iritative se va aplica o pastă cu apă, Jecozinc, Cutaden, sau unguente cu corticoizi: Locacorten, Cornemin, Triamcinolon.

În leziunile keratozice de dimensiuni mai mici sau mai puțin groase se pot utiliza aceleași substanțe incorporate însă în colodiuri (mai ușor de aplicat):

— *Clavusin* (Toxicor)

sau

Rp. Acid salicilic
Acid lactic āā 20 g
Alcool rectif. 5 g
Colodiu (elastic) ad. 100 g.

Se fac pensulări 2—3 zile la rînd, după care se face o baie caldă prelungită, curățindu-se cu o muchie de cuțit sau cu piatră poroasă resturile cornoase decapate. După uscarea pielii se repetă pensulări, zilnic.

Ampulele traumatice neinfectate vor fi menajate și tratate prin comprese umede cu infuzie de camomila sau cu Romazulan diluat, urmate de unguente cu corticoizi: Locacorten, Cornemin etc., sau chiar infiltrații perilezionale cu hidrocortizon, cîte două pe săptămînă. Cele infectate vor fi deschise și tratate ca orice plagă infectată (vezi Furunculele).

BĂTĂTURA

Este o ridicătură hiperkeratozică circumscrisă, albă-gălbuie, rotundă, ușor turtită, de dimensiunea unui bob de mazăre, ce se produce pe dosul articulațiilor interfalangiene de la degetele picioarelor, în special la cel mic, mai rar interdigital; apare la persoane predispuse, în urma presiunii traumatizante continue exercitate de încălțăminte strîmtă sau (la femei) cu tocuri foarte înalte, care duce pasiv la comprimarea degetelor. Devine extrem de dureroasă o dată cu inflamarea micilor burse seroase (bursită) care se formează între cele două planuri tari, osos și hiperkeratozic.

TRATAMENTUL

Preventiv se recomandă în general, și mai ales la cei predispuși, încălțăminte comodă, suficient de largă în partea anterioară, suplă, cu tocuri cît mai joase.

Curativ sînt indicate:

Medicamente cu acțiune keratolitică, exfoliantă (vezi Calozitățile): acid salicilic, resorcină, acid lactic. Date fiind dimensiunile mici ale hiperkeratozei este preferabil ca aceste medicații să fie aplicate prin intermediul unui colodiu: Clavusin, care se aplică prin pensulare zilnică după o baie emolientă; baia se repetă la 3—4 zile, procedîndu-se, înainte de o nouă pensulare cu Clavusin, la un ușor raclaj al straturilor cornoase.

Rp. Acid lactic
Acid salicilic āā 2 g
Alcool rectificat 0,50 g
Colodiu elastic 6 g

Scanned with OKEN Scanner

În cazul bătăturii inflamate și foarte dureroase se va face mai întîi un tratament antiflogistic cu :

— unguente cu corticoizi în pansamente oclusive sub poliester : Cornemin, Locacorten, Synalar, Triamcinolon, timp de mai multe zile și la nevoie :

— infiltrații perilezionale cu Hidrocortizon sau Supercortisol și clorhidrat de procaină sau Xilină 0,50—1% (1 ml, 1 fiolă hidrocortizon sau Supercortisol a 25 mg + 1 ml clorhidrat de procaină sau Xilină 2%). Se fac mai multe ședințe, la intervale de 3—5 zile.

Pentru ca tratamentul să fie mai eficient este util ca bolnavul să stea în acest interval la pat, cu degetele libere.

În cazurile cu bursite infectate (prin intervențiile inoportune ale pacientului sau pedicuriștilor) acestea vor fi deschise și tratate ca o plagă infectată (vezi Furunculul) administrîndu-se la nevoie antibiotice pe cale generală (penicilină G sodică sau potasică, eritromicină, tetraciclină, cloramfenicol).

Unii autori recomandă în leziunile inflamate foarte dureroase (neinfectate) roentgenterapie superficială antiinflamatoare (cu prudență, din cauza riscului de radiodermită).

ARSURILE

Pot fi cauzate de o serie de agenți : substanțe chimice, curent electric, iradiații electromagnetice (raze X, radiu), iradiații ultraviolete (solare sau artificiale) și mai ales căldura sub diferite forme.

În raport cu intensitatea arsurii se disting : arsură de gradul I, caracterizată clinic prin eritem însoțit de edem variabil, arsură de gradul al II-lea care comportă eritem, edem și bule, și arsură de gradul al III-lea ce se caracterizează prin necroză a părților moi, cu pierdere mai mult sau mai puțin importantă de substanță. După o clasificare mai completă se exprimă concomitent, cu ajutorul unei fracții, întinderea arsurii în procente (ca numărător) și gradul de arsură în cifre romane (ca numitor). Relativ la întinderea arsurii au fost stabilite cu aproximație următoarele proporții : capul și gîtul 9%, un membru superior 9%, trunchiul anterior sau cel posterior 18%, un membru inferior 18%.

În privința patogeniei tulburărilor generale care însoțesc constant arsurile de o anumită importanță, nu este vorba de o succesiune cronologică de sindroame generale diferite, ci de unul singur, în care diferitele manifestări se intrică : *șocul primar neurogen*, care survine în primele două ore, *șocul secundar plasmatic*, care survine între 2 și 48 de ore de la accident, *toxemia acută*, care apare între 6 și 100 de ore și *infecția*, care și ea se instalează după 100 de ore. În ce privește cicatrizarea, ea comportă aproape în exclusivitate tulburări locale funcționale, subiective, estetice.

TRATAMENTUL GENERAL

Șocul neurogen și calmarea durerii. Prevenirea stării de șoc se face asigurînd bolnavului în primul rînd un minimum de confort și evitînd

Scanned with OKEN Scanner

frigul, precum și orice efort fizic ; va fi acoperit cu pături și hidratat cu lichide calde, fără a se ajunge la supraîncălzire. Calmarea durerii se obține administrînd în primele ore după accident *medicamente analgetice și hipnotice :*

Morfina se administrează la adult în doze de 0,01—0,02 g o dată (0,05 g/24 de ore), subcutanat, iar la copii (numai în cazurile grave și numai peste vîrsta de 3 ani) 0,001—0,005 g, o dată sau de două ori pe zi, în raport cu vîrsta și greutatea ;

Hidromorfon, subcutanat 1—2 mg o dată (1/2—1 fiolă) și 2—4 mg (1—2 fiole) în 24 de ore la adult ; (1/4—1/2 fiolă — 1/4—1/2 mg/24 de ore la copii) (nu se administrează sub vîrsta de 10 ani) ; la bătrîni se administrează de asemenea cu prudență ;

Hidromorfon cu atropină. Atropina atenuează fenomenele secundare provocate de morfină. Se administrează cîte 1—2 fiole/24 de ore, iar la copii peste 10 ani 1/4—1/2 fiolă/24 de ore ;

Opiotot (fiole cu soluție apoasă 2% de amestec de alcaloizi din opiu sub formă de clorhidrat). Se administrează subcutanat în doza de 0,01—0,04 g (1/2—2 fiole)/24 de ore. Nu se administrează la copii ;

Hexapon (fiole conținînd soluție apoasă 1—2% de clorhidrat de alcaloizi totali din opiu). Se administrează 1—2 fiole/24 de ore, la adulți, subcutanat ;

Mialgin (fiole conținînd soluție apoasă 5% de clorhidrat-metil-4-fenil-4-carbaetoxipiperidină, respectiv 100 mg/fiolă). Se administrează cîte 1—3 fiole/zi, subcutanat sau intramuscular.

Opiaceele se pot asocia sau înlocui cu alte analgetice ca Algocalmin 2—3 fiole/24 de ore, intramuscular (se vor evita injecțiile la copii), 2—4 comprimate a 0,50 g/24 de ore, 1—3 supozitoare a 1 g/24 de ore ; la copii, 1—3 supozitoare a 300 mg/24 de ore ;

Antidoren : intramuscular profund cîte 1—3 fiole/24 de ore ; la copii peste 3 ani, 1/2—1 fiolă, în funcție de vîrstă și greutate ;

Sintalgon (analgetic puternic de tip morfinic central 2—4 comprimate/24 de ore) ; la copii (numai peste 4 ani) cîte 1/4—1 comprimat/24 de ore. Nu se asociază cu morfina ;

Mecodin (sinonim cu Sintalgonul) se prezintă sub forme de fiole a 1 ml, conținînd 5 sau 10 mg (forte) clorhidrat de dimetilaminodifenilheptanon. Dozele sînt de 0,015 g o dată și 0,03 g/24 de ore.

La rîndul lor, analgeticele se pot asocia cu unele neuroleptice și sedative care posedă și o acțiune analgetică :

Clordelazin, sub formă de drajeuri a 25 mg, se administrează în doză de 2—6 drajeuri/24 de ore ; la copii 1—3 mg/kilocorp/24 de ore în trei prize. Este preferabilă forma injectabilă ;

Plegomazin, fiole a 25 mg, cîte 1—2 fiole/24 de ore, la nevoie mai multe, administrate intramuscular. Administrarea intravenoasă se va face în cazurile severe, dar cu prudență, date fiind efectele hipotensoare și iritante asupra pereților venei (se va dilua cu apă distilată) ;

Romtiazinul se administrează la adult în doză de 0,060—0,180 g, respectiv 2—6 drajeuri sau 2—6 fiole/24 de ore, în mai multe prize, iar

Scanned with OKEN Scanner

la copii 0,003 g/kilocorp/24 de ore. În cazurile grave este indicat parenteral (intramuscular sau intravenos) ;

Romergan, drajeuri a 30 mg de 10-(N-2'-dimetilamino-n-propil)-fenotiazină maleat și fiole a 50 mg de 10-(N-2'-diametilamino-n-propil)-fenotiazină maleat și respectiv, clorhidrat. Se administrează la adulți cîte 2—4 drajeuri/24 de ore sau, preferabil, 1—2 fiole/24 de ore, intramuscular sau intravenos ; la copii, cîte 0,5—1 mg/kilocorp/24 de ore, în 2—3 prize (se va administra numai copiilor mai mari de 3 ani).

Se mai poate prescrie cloral hidrat în poțiune sau clismă, cîte 0,05—0,10 g/kilocorp în soluție de 2/150.

Novocaina în infiltrații perilezionale (blocaj) sau la rădăcina membrului, cîte 100—200 ml dintr-o soluție de 0,25%. Novocaina este indicată în cazurile de oligurie importantă sau anurie (diureza necesară la șocații arși este de minimum 1 000 ml/24 de ore), în infiltrații paravertebrale cu soluție 0,25—0,50%.

Șocul plasmatic provocat prin plasmexodie și plasmoragie se tratează cu *perfuzii* de : plasmă, soluții glucozate, soluții cloruro-sodice izotonice, substituenți de plasmă macromoleculari (Haemacel, Plasmagel, Gelofusin) ; se administrează în perfuzii intravenoase și intraarteriale în cantități ce se stabilesc de la caz la caz : la adulți cca 500 ml în 1—2 ore, în șocurile grave durata putînd fi scurtată ; la copii în medie, 10 ml/kilocorp.

Macrodex (Dextran, Intradex) flacoane de 540 ml ce se administrează în doza inițială de 500—1 000 ml sau chiar de 3 000—5 000 ml/24 ore timp de 1—2 zile.

Rheomacrodex-ul se administrează inițial în cantitate de 500—1 000 ml în 15—30 de minute, apoi cîte 40 de picături/minut pînă la doza totală de 1 000—2 000 ml/24 de ore timp de 3—5 zile.

La aprecierea cantităților de lichid administrate se vor lua în considerație întinderea arsurii, pulsul, tensiunea arterială, hematocritul, proteinemia și debitul urinar. Astfel, cantitatea de plasmă sau de soluție cloruro-sodică izotonică ce se administrează în primele 24 de ore, în raport cu întinderea arsurii, va fi la adulți de circa 50 ml pentru fiecare 1% din suprafața arsă sau cîte 25—50 ml în primele 12 ore pentru fiecare 10 kg/greutate, la o creștere cu 5 unități a hematocritului și pentru o scădere cu 10 grame a proteinemiei. În ziua a doua se administrează numai jumătate din doza anterioară. Atît plasma, cît și substituenții macromoleculari se vor administra cu prudență la vîrstnici și hipertensivi. Ținînd seama și de liza globulară care se produce în momentul arsurii, se vor prescrie și transfuzii (perfuzii) cu sînge total, care contribuie la ameliorarea hipoxiei tisulare. Se vor perfuza minimum 500 ml sînge în 24 de ore.

Pentru stimularea tonusului arterial se va recurge la nevoie la *analeptice cardio-vasculare :*

Adrenalina se administrează sublingual cîte 20—50 de picături/24 de ore sau parenteral 1/2—1 fiolă subcutanat, doza putîndu-se repeta la intervale de 2—3 ore respectiv 3—4 mg/24 de ore ; la copii sublingual (pe o bucățică de zahăr), cîte 5—20 de picături/24 de ore repartizate în trei prize.

Norartrinalul posedă o puternică acțiune vasoconstrictoare, fiind preferat adrenalinei în stările de șoc grav. La adulți se administrează în

Scanned with OKEN Scanner

perfuzii : o fiolă sol. 4‰ sau 2 fiole sol. 2‰ diluate cu 1 l soluție glucozată 20%, în ritm de 0,5—1 ml/minut (după testarea răspunsului cardiovascular).

Acidoza care însoțește azotemia se combate administrînd :

— lactat de sodiu soluție 5%, cîte 1/4—1 1/24 de ore *per os ;*

— bicarbonat de sodiu *per os* sau adăugat din soluția 1,85% la soluțiile cloruro-sodice izotonice perfuzate.

Pentru favorizarea proceselor de oxidoreducere se mai adaugă la lichidele injectate (perfuzate) :

— vitamina C în doze mari, 2—3 g/24 de ore (soluție apoasă injectabilă de acid ascorbic) ;

— vitamina B_1, cîte 1—2 fiole/24 de ore soluție apoasă injectabilă conținînd 25 sau 100 mg/ml.

O medicație cu remarcabilă acțiune antișoc o reprezintă *corticoizii suprarenali,* atît mineralo-, cît și glicosteroizi ;

— *ADC* (acetat de dezoxicorticosteron) se administrează cîte 1—2 fiole de 5 sau 10 mg zilnic sau la 2 zile, după intensitatea șocului ;

— dintre glicosteroizi se vor administra, după intensitatea șocului : Hemisuccinat de hidrocortizon, 6—12 flacoane a 25 mg/24 de ore (150—300 mg), preferabil în perfuzie intravenoasă lentă (vezi Lupusul eritematos, Pemfigusul, Urticaria), Superprednol 2—4 mg/24 de ore, Supercortizol 30—60 mg/24 de ore, Prednison 40—80 mg/24 de ore. Efectele lor favorabile se datorează proprietăților antiinflamatorii, antiexsudative și de retenție cloruro-hidrică. Ei sînt indicați în primele 5—7 zile.

Prevenirea și combaterea infectării arsurilor întinse se realizează administrînd cît mai precoce *antibiotice* (vezi Piodermitele) ; este preferabil ca cel puțin în primele zile ele să fie date parenteral.

— *Reverin* sau *Solvocilin,* cîte 550—725 mg/24 de ore, respectiv 1 flacon de 275 mg la intervale de 12 sau 8 ore, intravenos ; la copii, cîte 10 mg/kilocorp/24 de ore ; la sugari și copiii pînă la 3 ani să nu depășească 110 mg/24 de ore ;

— *Eritromicină (lactobionică),* cîte 600—900 mg/24 de ore, respectiv 1 flacon la 12 sau 8 ore, în injecții intravenoase lente ;

— *Cloramfenicol* (hemisuccinat de sodiu) cîte 0,5—1 g respectiv 1/2—1 flacon la 6—8 ore, în funcție de gravitatea cazului, în injecții intramusculare sau intravenoase ;

— *Penicilină G,* sodică sau potasică, în doză de 1 600 000—3 200 000 u.i./24 de ore, repartizată în 6 sau 4 prize, sau peniciline de semisinteză ;

— *Meticilin* (Celbenin), în doză de 4—6 g/24 de ore, cîte 1 g la 6 sau 4 ore, intramuscular sau intravenos (în ultimul caz se dizolvă în 20 ml apă bidistilată, injectîndu-se 5 ml pe minut) ;

— *Oxacilin* (Stapenor), fiole a 250 mg, intramuscular, cîte o fiolă la 4—6 ore.

Ulterior cura de antibiotice poate fi continuată pe cale orală.

Pentru a preveni cicatrizările vicioase hipertrofice fibroase sau cheloidiene se pot administra *corticoizi* (vezi mai sus), în doze moderate și cure mijlocii ca durată (15—20 de zile), eventual repetate după pauze de 20—30 de zile.

Scanned with OKEN Scanner

Alimentaţia va fi la început bogat hidrică (infuzii — ceaiuri îndulcite şi uşor bicarbonatate, limonade, sucuri de citrice, bulionuri, supe de legume clorurate etc.), aproximativ 2 l/24 de ore ; ulterior, după ieşirea din starea de şoc se vor da alimente bogate în proteine, ouă, lapte, brînză, carne etc.).

În convalescenţă se vor administra :

Complexe vitaminice. Vitamină E în doze de 120—300 mg/24 de ore peroral sau parenteral ;

— *Electovit,* cîte 3—4 drajeuri/24 de ore, Cavit 9 cîte 2—3 tablete/24 de ore, Vitamină B complex.

Extracte hepatice şi tonice generale :

a) *Rovitrat* (Hepavit 12) şi Neohepar, cîte o fiolă zilnic sau la 2 zile, intramuscular, la adult şi cîte 1—3 fiole/săptămînă la copil ; cura este de 8—10 fiole ;

b) *Hecogen* (Hepatonic), sirop, cîte 3—5 linguriţe/24 de ore la adult şi cîte 2—3 linguriţe pe zi la copiii peste 2 ani (nu se administrează copiilor sub 2 ani) ;

Tonic sirop, tonic şi stimulator al metabolismului general, cîte 3 linguri/24 de ore la adulţi şi cîte 2—3 linguriţe/24 de ore la copii peste 3 ani (nu se administrează copiilor sub 3 ani).

— *Hormoni anabolizanţi* (vezi şi Radiodermita) :

Madiol, 1—4 comprimate/24 de ore, sublingual, sau 1—3 fiole intramuscular, la adulţi şi cîte 1/4—1 comprimat la 2 zile la copii (nu se administrează copiilor sub 3 ani). Curele vor fi de 3—4 săptămîni ;

Naposim : la adult se administrează 10—20 mg/24 de ore în 1—2 prize în prima săptămînă, apoi 5—10 mg/24 de ore ca tratament de întreţinere ; la sugari şi copii pînă la 2 ani 0,04 mg (o picătură/kilocorp/24 de ore) ; la copii de 2—6 ani 0,5 mg (12—15 picături/24 de ore) ; la copii de 7—14 ani 1—2 mg (25—50 de picături/24 de ore).

Curele vor fi de 3—4 săptămîni.

TRATAMENTUL LOCAL

Este suficient singur în arsurile de gradul I — al II-lea limitate la zone mici.

Arsurile de gradul I, de tipul eritemului solar (roşeaţă şi edem), beneficiază de :

— comprese umede schimbate des cu : soluţie cloruro-sodică izotonică, soluţie Burow diluată 1/10, soluţie de tanin-borax āā, 5—10‰ în infuzie de camomila, lapte steril ;

— unguente de tipul linimentului oleo-calcar sau glicerolatului de amidon, conţinînd anestezină 2—3% sau Xilină 0,25—0,50% ;

— corticoizii sînt utilizaţi cu rezultate remarcabile sub formă de creme şi pomezi, dar mai ales sub formă de loţiuni şi *spray*-uri (vezi Eczemele) ;

— Terra-cortryl în flacon *spray* conţinînd 150 mg oxitetraciclină hidroclorică şi 50 mg hidrocortizon ; se vor face 2—4 pulverizări pe zi, lăsîndu-se apoi să se constituie prin evaporare un film subţire ;

Scanned with OKEN Scanner

— Locacorten pomadă, Synalar cremă şi pomadă cu sau fără neomicină (Synalar N), Cornemin, Hidrocortizon unguent, Triamcinolon unguent. Se vor aplica de două-trei ori pe zi ; în arsurile de gradul I de dimensiuni mici se pot practica pansamente ocluzive sub peliculă de poliester, schimbate la 24—48 de ore. Hidrocortizonul va putea fi încorporat în linimentul oleo-calcar în proporţie de 1—2% :

Rp. Hidrocortizon 200 mg
Liniment oleo-calcar 12 g

Arsurile de gradul al II-lea şi al III-lea necesită un tratament mai complex :

Bulele mici vor fi menajate, fără a fi deschise, aplicîndu-se tratamentul folosit în arsurile de gradul I.

Bulele mari vor fi înţepate şi golite de conţinutul seros, folosindu-se acoperişul lor ca protector al epidermului denudat. În cazul bulelor infectate sau rupte, acestea vor fi deschise larg şi curăţate complet de resturile flictenulare, după care se vor şterge cu soluţii antiseptice mult diluate (Fenosept 1/10, Rivanol 1‰ ; permanganat de potasiu 1/10 000, acid boric 2%) ; se vor aplica apoi o soluţie apoasă de violet de genţiană 1% şi antibiotice în asociaţie cu corticoizi, sub formă de creme, loţiuni şi mai ales ca *spray :* Synalar N cremă, Terra-cortryl în flacon *spray* (vezi Arsurile de gradul I). Pomezile sînt mai puţin bine tolerate. Topicele cu corticoizi vor fi aplicate un timp prelungit, pentru a preveni instalarea, adesea tardivă, a cicatricelor cheloidiene.

— În arsurile întinse şi profunde infectate, înainte de aplicarea medicaţiei locale se vor face băi generale în care s-au introdus cantităţi mici de substanţe antiseptice permanganat de potasiu (1/10 000), sulfat de cupru (2—4 g la o baie).

În arsurile profunde (de gradul al III-lea) şi în cele întinse se va proceda la curăţarea chirurgicală a plăgii, îndepărtînd ţesuturile compromise (necrozate) şi procedînd la grefe totale de piele. Acestea sînt indicate în special în arsurile profunde ce interesează regiuni pe care eventualele cicatrice vicioase, retractile, le compromit din punct de vedere funcţional.

— Mai beneficiază de intervenţii plastice, corective, cicatricele fibroase cheloidiene şi retractile deja constituite, precum şi ulcerele cronice care complică tardiv cicatricele şi care întîrzie să se închidă prin tratamentele stimulante uzuale (vezi Ulcerul cronic şi Radiodermita).

— În arsurile chimice se va utiliza antidotul corespunzător, în soluţii slabe, cu care se vor face spălături (irigaţii) abundente şi repetate de mai multe ori pe zi, timp de 24—48 de ore (în cele cu acizi se vor utiliza soluţii de bicarbonat de sodiu 2% ; în cele cu alcali, caustici, soluţii slabe de acid acetic sau acid boric (1%) ; în cele cu iod, clor şi brom, o soluţie de hiposulfit de sodiu 5—10%.

ERITEMUL PERNIO

Este o dermatoză inflamatorie subacută sau cronică a extremităţilor, recidivantă, care apare în anotimpul rece.

Simptome. Este constituit din tumefacţii roşii-violacee, cianotice, edematoase, rotunde sau ovalare, cu sediul de predilecţie pe dosul degetelor

Scanned with OKEN Scanner

de la mîini şi picioare, mai rar pe vîrful nasului şi urechi ; se instalează toamna tîrziu şi durează pînă primăvara. Atinge de predilecţie copiii şi adolescenţii, foarte rar adulţii.

Etio-patogenie. Rolul frigului este indiscutabil ; mai intervin : tulburările circulatorii periferice (coexistă adesea cu acrocianoza), ortostatismul prelungit, oboseala, eventuale carenţe vitaminice, un dezechilibru endocrin, terenul bacilar etc.

TRATAMENTUL GENERAL

Afecţiunea beneficiază de medicaţii favorizante ale circulaţiei de întoarcere şi antiinflamatorii.

Medicamente vasodilatatoare :

— *Tolazolin* (Priscol) comprimate a 25 mg şi fiole a 10 mg soluţie apoasă. Se administrează cîte 3—4 comprimate sau 1—2 fiole/24 de ore, intramuscular sau intravenos, la adulţi. Curele sînt de 10—15 zile, putînd fi reluate după 15 zile de pauză ;

— *Butedrin* (Vasculat). Se administrează în doze de 1—4 comprimate sau 1—3 fiole/24 de ore, intramuscular, în cure de 3—4 săptămîni ; se va începe tratamentul prin administrare parenterală şi după o săptămînă se va utiliza calea orală ;

— *Vitamină PP* (acid nicotonic) în comprimate a 0,10 g şi fiole a 1 ml (soluţie 3%) şi fiole a 2 ml (soluţie 5%). Se administrează 3 × 1/2—1, după mese sau mai rar 1 fiolă/24 de ore intramuscular sau intravenos, lent (adesea prost tolerată). La copii 1/4—1 comprimat/24 de ore în 3 prize.

Alte medicamente cu acţiune favorabilă asupra tulburărilor circulatorii :

— *Rutosidul* (Rutin) este un glucozid cu proprietăţi de vitamină P, crescînd rezistenţa capilarelor şi diminuînd permeabilitatea şi fragilitatea lor, la adult. Se administrează zilnic cîte 3—6 comprimate a 20 mg sau 1—2 fiole a 80 mg ; la copii 1—3 comprimate/24 de ore sau 1/2—1 fiolă/24 de ore, la sugari 1/2 comprimat sau 1/4 fiolă/24 de ore ;

Rutosidul, Tarosinul şi vitamina C se administrează în cure de 30—45 de zile.

Este util ca Rutosidul să fie asociat cu vitamina C : Tarosin (cîte 50 mg acid ascorbic şi 20 mg de Rutosid pe comprimat) administrînd cîte 3—6 comprimate/zi la adulţi şi cîte 1—4 comprimate la copii, în funcţie de vîrstă ;

— *Vitamina C*, comprimate a 200 mg sau fiole a 500 mg, cîte 1—2 g/zi.

La tinerele fete cu tulburări circulatorii evidente (acrocianoză) se vor prescrie cu prudenţă estrogeni de sinteză (vezi Acneea) : Dietilstilbestrol sau Sintofolin. Dacă nu se produc dereglări ale ciclului menstrual, tratamentul va fi repetat 2—3 luni la rînd, administrîndu-l în prima jumătate a ciclului menstrual.

Scanned with OKEN Scanner

Medicamente cu acțiune antiinflamatorie :

— *Vitamina* D_2 intervine probabil prin acțiunea sa *cortison-like* (vezi Tuberculozele cutanate). Se administrează peroral, cîte 2 fiole a 600 000 u. pe săptămînă, timp de 4—6 săptămîni. Vitamina D_2 se poate administra și cu titlu preventiv, o dată cu începerea frigului (octombrie-noiembrie) la cei care au mai făcut recidive în anii anteriori ;

— *antipaludice de sinteză* (vezi și Lupus eritematos) : Clorochin (Neochin) se administrează la adulți în doză de 600—1 200 mg/24 de ore cîte 1/2—1 comprimat de trei ori pe zi, iar la copii 1—1 1/2 comprimat/24 de ore în 3 prize, după mese, în cure de 3—4 săptămîni. Tratamentul va fi întrerupt 1—3 zile la apariția fenomenelor secundare și reluat în doze mai mici ;

— *corticoterapia :* corticoizi administrați în doze și cure de durate mijlocii : Prednison 15—20 mg/24 de ore în 3 prize sau Supercortizol, 10—15 mg/24 de ore în 2—3 prize, timp de 12—15 zile.

Corticoizii pot fi administrați eventual într-un coctail antiinflamator cu Clorochin în doze mai mici decît cele uzuale (200—400 mg/24 de ore), cu aspirină (0,50—1 g/24 de ore), cu fenilbutanoză [200—300 mg (1—1/2 drajeuri/24 de ore)], toate în 3 prize după mese sau cu alimente, care vor fi bogate în făinoase.

Se vor corecta eventualele tulburări tiroidiene.

TRATAMENTUL LOCAL

Leziunile de eritem pernio sînt influențate favorabil de :

— Loțiuni și unguente (creme) cu ihtiol (decongestiv și reductor) :

Rp. Ihtiol
Camfor āā 5 g
Alcool de 70° 100 g

Rp. Ihtiol
Balsam Peru āā 3 g
Camfor 1 g
Vaselină 20 g
Lanolină
Vitamina A soluție uleioasă āā 5 g

Unguente conținînd corticoizi (vezi Eczemele) : Cornemin, Tumizon, Locacorten, Synalar, cremă sau pomadă, simplu sau N, Triamcinolon simplu sau cu saprosan.

În formele ulcerate se vor prefera preparatele cortizonice conținînd neomocină sau Saprosan. În absența preparatelor specializate se poate prescrie

Rp. Hidrocortizon 150 mg
Neomicină 0,10 g
Ihtiol 0,50 g
Lanolină
Vitamina A soluție uleioasă āā 5 g

Fizioterapie : iradieri zilnice sau la două zile cu ultraviolete sau infraroșii (eventual în asociere aplicate succesiv în aceeași zi, fie în zile alternative), roentgenterapie funcțională pe lanțul simpatic.

Scanned with OKEN Scanner

RADIODERMITA

Este o dermatoză inflamatorie şi distrofică produsă de radiaţii ionizante [radiudermite şi radio-(roentgen)-dermite]. După cantitatea de iradiaţii administrate şi evoluţia bolii se disting mai multe tipuri clinice:

RADIODERMITE ACUTE MODERATE (DE GRADUL I)

Se manifestă prin eritem, uşor edem, apărînd la cîteva zile sau 2—3 săptămîni după iradiere, sînt benigne, dispărînd fără urme.

RADIODERMITA ACUTĂ, BULOASĂ (EROZIVĂ DE GRADUL AL II-LEA)

Apare după iradieri mai brutale (o doză unică de 1 000—2 000 r sau o cantitate globală de 3 000—6 000 r în doze fracţionate). Debutează la 6—8 zile de la terminarea iradierii, manifestîndu-se printr-un placard eritemato-edematos pe care pot apărea veziculo-bule. Prin ruperea acestora, suprafaţa erozivă se acoperă curînd cu o peliculă fibrinoasă, albicioasă (radiodermite de gradul al II-lea sau radioepitelită). Cicatrizarea se face lent, în cîteva luni.

RADIODERMITA ACUTĂ, GRAVĂ, ULCERATĂ (DE GRADUL AL III-lea)

Apare din cauza unui supradozaj, cantitatea de raze X aplicate o dată depăşind cifra de 2 000 r. Leziunile eritemato-edematoase devin rapid buloase şi apoi ulcerativ-necrotice, cu dermul denudat, galben sau negricios, escarotic; escara se delimitează, dar rămîne foarte aderentă. După eliminarea ei persistă o ulceraţie dureroasă, greu cicatrizabilă uneori radionecroza interesînd părţile moi subiacente pielii iradiate şi chiar oasele.

RADIODERMITELE CRONICE

Îşi fac apariţia după mai multe luni sau ani de la iradiere şi se datoresc, fie unei supradozări (radiodermita de gradul al III-lea se poate şi ea croniciza sub acţiunea unor agenţi mecanici, fizici, chimici, infecţioşi), fie unei cumulări prin iradieri cu cantităţi mici, obişnuite, dar repetate, atît în condiţii terapeutice, cît mai ales profesionale. În cea de-a doua eventualitate, radiodermita se manifestă printr-o piele uscată, poikilodermică, îngroşată, pe alocuri cu epiderm subţiat, cu telangiectazii cu căderea perilor, pigmentaţii şi mai tîrziu cu verucozităţi sau cu ulceraţii care pot fi punctul de plecare al unor epitelioame spinocelulare. Radiodermitele cronice au un mare potenţial de cancerizare.

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat mai ales în radiodermitele acute grave şi în cele cronice ulcerate infectate. Se administrează: **medicamente biostimulante, eutrofice,** ***eumetabolice şi anabolizante :***

Scanned with OKEN Scanner

— *compuşi organici bogaţi în sulf,* cum sînt unii acizi aminaţi ca metionina şi cisteina, pe care le găsim în componenţa următoarelor preparate : Mecopar forte, complex de factori lipotropi şi vitamine ce acţionează sinergic, potenţînd funcţiile antitoxice ale ficatului şi cele metabolice celulare în general. Se administrează în doze de 2—3 drajeuri/24 de ore la adulţi şi 1—2 drajeuri la copii, după sau în timpul meselor principale. Curele durează 30—45 de zile, repetîndu-se de mai multe ori cu pauze de 1—2 luni între ele ;

— *Madiol* (metilandrostendiol), steroid de sinteză cu acţiune anabolizantă stimulînd procesele reparatoare la nivelul ţesuturilor şi organelor, inclusiv al pielii. Se administrează în doze de 1—4 comprimate (25—100 mg)/24 de ore sau 1—3 fiole (25—75 mg)/24 de ore, iar la copii 1/4—2 comprimate la două zile, după vîrstă, timp de 3—4 săptămîni. Curele vor putea fi repetate după 1—2 luni. Nu se administrează la copiii sub 3 ani. Este contraindicat de asemenea, în boala hipertensivă, adenom de prostată, ateroscleroză avansată, sarcină în lunile 2—4, sindroame hipercorticosuprarenale ;

— *Naposim* (sinonim : Dianabol), steroid de sinteză cu puternice proprietăţi anabolizante şi virilizante foarte slabe. Se administrează sub formă de comprimate a 5 mg, metandrostenolon cîte 2—4/24 de ore timp de alte trei săptămîni. La copii se administrează mai bine sub formă de picături din soluţia buvabilă, conţinînd aproximativ cîte 20 mg/ml sau 0,04 mg pe picătură. La sugari şi copiii sub doi ani : o picătură/kilocorp/24 de ore ; la copii între 2 şi 6 ani 12—25 de picături/24 de ore ; la copii de 7—14 ani 25—50 de picături/24 de ore (1/4—1/2 comprimate/24 de ore). Cura va putea fi repetată după 1—2 luni. Contraindicaţii : neoplasm de prostată, sarcină şi insuficienţă hepatică ;

— *Clortestosteron acetat* (sinonim Steranabol), steroid de sinteză cu remarcabile proprietăţi anabolizante şi slabă acţiune virilizantă. Se administrează pe cale injectabilă ca suspensie apoasă (în flacoane a 10 ml), în doze de 1—2 ml/zi timp de trei săptămîni. Are aceleaşi contraindicaţii ca şi Madiolul ;

— *Vitamina A* (Axeroftol), avînd un important rol în eutroficitatea ţesuturilor epiteliale, se administrează, fie *per os,* sub formă de drajeuri a 10 000 u. sau soluţie uleioasă buvabilă în doză de 100 000 u/24 de ore, fie în injecţii intramusculare forţate profunde şi în condiţii de maximă sterilitate, cîte o fiolă a 300 000 u. la 2—3 zile. La copii preferabil *per os* (picături din soluţia uleioasă buvabilă cîte 2 000—20 000 u./24 de ore) (2—20 de picături/24 de ore), după vîrstă ;

— *Vitamina A palmitat* hidrosolubilă, cu aceleaşi proprietăţi eutrofice epiteliale, se administrează în doză de 20 000—100 000 u./24 de ore, în funcţie de intensitatea leziunilor (cîte 20—100 de picături din soluţia buvabilă) şi cîte 1/2—2 fiole (22 mg/fiolă)/24 de ore injectate strict intramuscular, profund.

La persoanele obeze cu ţesut adipos, foarte gros, este preferabilă administrarea pe cale bucală ;

— *Vitamina E* (α-tocoferol acetat), cu rol în procesele de oxidare celulară şi cu efecte sclerolitice, se administrează în doză medie de 100—250

Scanned with OKEN Scanner

mg/24 de ore pe cale bucală (drajeuri a 30 mg) sau parenteral, intramuscular (fiole a 10 mg — 30—300 mg/ml), în cure de 30—60 de zile, repetate după pauze egale de timp.

Corticoizii sînt indicați în formele acute sau cronice acutizate și ulcerative intens inflamatorii și dureroase, chiar de la începutul tratamentului, în cură scurtă de 10—12 zile ; dacă radiodermita este deja ulcerată (de obicei întreținută de infecția secundară cu piococi banali și uneori de *proteus* și piocianic) se va asocia și un antibiotic (vezi Arsurile și Piodermitele, în special Otita externă) : *Prednison* 20—30 mg/24 de ore în 3—4 prize ; *Supercortizol* 15—20 mg/24 de ore în 2—3 prize ; *Superprednol* 4—6 mg/24 de ore, în 3—4 prize.

Corticoterapia este utilă în radiodermită și pentru efectele sale permeabilizatoare, fibrolitice. În acest scop ea poate fi repetată la intervale de cîteva luni independent de fenomenele de acutizare cu ulcerare.

TRATAMENTUL LOCAL

Va fi în primul rînd *profilactic :* se vor evita greșelile de tehnică, supradozările prin repetări nejustificate ale iradierilor (adesea la insistențele pacienților, care au tendința să ascundă iradierile anterioare, în ideea de a obține rezultate cît mai bune și mai prompte). Se va verifica periodic starea funcțională a aparatelor. Tegumentele indemne perileziionale vor fi riguros protejate cu plumb.

Au fost preconizate topice conținînd substanțe radioprotectoare care să fie aplicate preventiv pe tegumentele vecine leziunii sau zonei iradiate :

Rp. Adrenalină 0,01 g
Stovaină 1 g
Axungie benzoinată 100 g (Lehman)

Rp. Cisteină 10 g (folcisteină 6 fiole = 30 ml = 1,5 g)
sau Metionină 10 g
Lanolină
Vaselină āā 25 g
Oleum jecoris 20 g

Tratamentul curativ va fi stabilit în funcție de tipul, vechimea și intensitatea procesului inflamator.

Radiodermitele acute sau cronice acutizate, neulcerate, beneficiază de comprese umede, schimbate des, cu soluții slabe de infuzie de camomila, acid boric 2%, tanin și borax āā 5‰, după care se vor aplica prin masaj ușor de trei-patru ori/24 de ore, (sau sub pansament oclusiv schimbat la 24 de ore), topice cu corticoizi : Cornemin, Synalar, Locacorten, Triamcinolon unguent.

Radiodermitele acute sau cronice ulcerate (de gradul al II-lea și al III-lea). După 24—48 de ore de comprese umede cu soluții slab antiseptice, avînd efecte antiflogistice și detergente (vezi Radiodermitele acute neulcerate), se vor face atingeri cu o soluție apoasă de violet de gențiană 0,5—1% și se vor aplica unguente cu corticoizi și antibiotice sau chimioterapice antimicrobiene : Cornemin, Synalar N pomadă, Triamcinolon cu saprosan sau

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Neomicină 10 g
Hidrocortizon 150 mg
Lanolină
Vitamină A soluție uleioasă āā 5 g

Aplicațiile cu topice conținînd corticoizi și antibiotice vor fi utilizate timp de 10—15 zile, după care, dacă ulcerațiile manifestă o slabă tendință de închidere, se va trece la topice conținînd, pe lîngă antibiotice, și substanțe stimulante ale cicatrizării (vezi Ulcerul cronic al gambei) ; în jurul ulcerelor cronice radiodermitice se vor continua aplicațiile de unguente cu corticoizi.

Menționăm ca procedee cu efecte deosebit de active pentru stimularea cicatrizării radiodermitelor ulcerate :

— aplicarea de pudră sau comprese umede cu o soluție de Alfachimiotripsină 3—7 zile, apoi : unguente cu anabolizanți : Madiol sau Naposim în concentrație de 0,25—0,50%.

Rp. Madiol 8 comprimate sau 8 ml (200 mg)
Lanolină
Vitamină A sol. uleioasă āā 5 g
Vaselină ad 30 g

— infiltrații perilezionale cu un amestec de novocaină 1% și hidrocortizon în părți egale, în ședințe bisăptămînale ;

—iradieri cu raze infraroșii alternînd cu ultraviolete (cu prudență și doze moderate, pentru a evita eventualele iritații și acutizări. Se va proteja riguros pielea vecină, iradiindu-se numai ulcerația).

Radiodermitele cronice cu ulcerații profunde și atone (gradul al III-lea) beneficiază însă cu rezultate superioare, atît imediate, cît și în ce privește prognosticul (recidive ulcerative, transformarea malignă) de tratamentul chirurgical plastic, fie prin grefe parțiale, în pastilă, fie prin grefe totale de piele. Dacă ulcerația, ca și radiodermita limitrofă, are dimensiuni reduse (cîțiva cm), în regiuni care din punctul de vedere al raporturilor anatomice o permit, este posibilă excizarea largă a țesuturilor fără grefare.

Scanned with OKEN Scanner

VI

DERMATOZELE ALERGICE

A. ECZEMELE

Eczema este un sindrom cutanat inflamator superficial, de natură alergică, cu evoluţie acută, subacută sau cronică, provocat de o serie de factori externi sau interni, fie singuri, fie în asociaţie.

În forma sa acută se caracterizează prin vezicule şi papulo-vezicule grupate, pruriginoase iar în forma sa cronică prin papule îngroşate ale epidermului şi lichenificare.

Etio-patogenia eczemelor rămîne în parte neelucidată, mai ales cu privire la aşa-zisa predispoziţie şi selectivitate a susceptibilităţii unor indivizi de a reacţiona prin eczemă la diversele substanţe alergizante. Se vorbeşte în acest sens de o predispoziţie individuală constituţională, de una familială şi de una dobîndită prin intervenţia unor factori interni (tulburări neurovegetative şi psihice, digestive cronice, endocrine, dismetabolice etc.) sau externi (macerаţie, hipersudoraţie, traumatisme, fricţiuni, scărpinat, frig, lumină solară, căldură excesivă etc.). Toţi aceşti factori au un rol favorizant mai mult sau mai puţin important în pregătirea „terenului" pentru intervenţia adevăraţilor agenţi cauzali eczematogeni, cunoscuţi în eczemele zise de cauză externă şi obscuri într-o serie de alte cazuri cu etiologie complexă ; este vorba în aceste din urmă cazuri de aşa-zisa „eczemă de cauză internă", sinonimă cu „eczema constituţională", „eczema numulară" sau „eczema vulgară". Adesea eczemele de cauză externă, de obicei acute pot deveni cronice şi rebele la tratamente comportîndu-se ca şi eczemele de cauză internă ; este foarte probabil că intervine în acest sens un mecanism de autoîntreţinere. Eczemele de cauză externă mai sînt denumite şi dermite eczematiforme.

Scanned with OKEN Scanner

I. ECZEMELE DE CAUZĂ EXTERNĂ

După natura agentului cauzal se împart în :

ECZEMELE CHIMICE MEDICAMENTOASE (DERMITELE DE CONTACT)

După mecanismul patogenic, acestea se împart la rîndul lor în :

DERMITA DE CONTACT ORTOERGICĂ

În care substanţa chimică în cauză (acizi, alcali, caustici etc.) este un iritant primar, obligatoriu (reacţia se produce la toţi indivizii care vin în contact cu ea, în anumite condiţii) ; se limitează strict la locul de contact şi se prezintă ca un placard eritemato-edematos sau eritemato-veziculos, uneori bulos bine delimitat, adesea cu contururi liniare sau unghiulare.

DERMITA DE CONTACT ALERGICĂ

În care substanţa chimică intervine printr-o acţiune sensibilizantă ; reacţia eczematoasă se produce numai la indivizi predispuşi şi depăşeşte de obicei zona de contact. Situată mai ales pe părţile descoperite, expuse, se prezintă ca un placard eritemato-veziculos, pruriginos, circumscris, uneori cu leziuni mici în jur sau la distanţă (erupţie secundară).

Teoretic, toate substanţele chimice pot constitui alergene sensibilizante. Dintre substanţele medicamentoase externe, cele mai eczematogene sînt : mercurul (calomelul şi precipitatul galben şi alb de mercur), sulful, novocaina, sulfamidele (frecvent colirele cu sulfacetamidă), antibioticele (penicilina şi mai ales streptomicina ş.a.) ; dintre produsele cosmetice : tincturile capilare pe bază de parafenilendiamină (sensibilizare încrucişată cu novocaina şi derivaţii săi şi cu sulfamidele), rujul de buze (cheilita rujului), rimelul etc. Produsele chimice profesionale care pot provoca „eczeme profesionale“ sînt extrem de numeroase şi numărul creşte o dată cu diversificarea preparatelor. Ele ridică probleme de ordin social (schimbarea profesiunii) şi medico-judiciare delicate, care implică reglementarea prin articole de lege. Printre cele mai frecvente se citează : săruri de crom şi nichel, polivinil, răşini, coloranţi, detergenţi, îngrăşăminte chimice, insecticide (DDT) etc. Foarte frecvente în cadrul dermitelor eczematiforme chimice sînt : „eczema spălătoreselor şi a menajerelor“, în care pot juca un rol detergenţii, leşia, soda caustică, săpunurile menajare ; „eczema vestimentară“, datorită îndeosebi ţesăturilor de nylon (bluze, fulare, ciorapi etc.), cauciucului, tincturilor de anilină, naftalinei ş.a.

DERMITELE ECZEMATIFORME (ECZEMELE PRIN FACTORI FIZICI)

Lumina solară poate produce la unii indivizi sensibilizări, reacţii eczematoase, localizate pe părţile expuse (faţă, decolteu, dosul mîinilor şi antebraţelor).

Scanned with OKEN Scanner

DERMITELE ECZEMATIFORME MICROBIENE

Sînt înglobate în acest grup : dermo-epidermitele infecţioase ale membrelor, în special ale gambelor şi pe dosul labelor, dermo-epidermitele din jurul plăgilor, cele care complică dermita de stază, ulcerele cronice varicoase şi radiodermitele, intertrigourile retroauriculare şi unele intertrigouri inghino-crurale, interfesiere, submamare (mai frecvent micotice) ş.a.

Mecanismul patogenic prin care intervine agentul infecţios (de cele mai multe ori streptococul şi stafilococul, mai rar şi alţi germeni banali) poate afecta două modalităţi : acţiune de tip alergic *in situ*, şi acţiune de sensibilizare la distanţă, cu leziuni secundare tip eczemă, asemănătoare ca mecanism celor de tip eczematide şi avînd ca punct de plecare un focar infecţioas (perleş, rinită vestibulară, conjunctivită, cheilită, ulcer cronic, amigdalită, granulom dentar etc.). În astfel de eczeme la distanţă este important să se depisteze focarul, al cărui tratament poate duce la dispariţia acestora.

DERMITELE ECZEMATIFORME MICOTICE

Determinate cel mai adesea de ciuperci levuriforme (*Candida*) şi de epidermofitoni, au caractere clinice esenţiale şi patogenie asemănătoare celor microbiene. Se deosebesc totuşi de acestea prin cîteva particularităţi : contur mai net şi, în general, rotund-ovalar, activitate excentrică, mai intensă la periferie, uneori chenar descuamativ şi leziuni discrete de autoinoculare în vecinătatea placandului, secreţie de aspect albicios-cremos (în cele cu levuri).

Leziunile sterile de tipul eczemei sau eczematidelor pot apărea şi aici, la distanţă de un focar micotic cutanat (intertrigo sau eczeme cu levuri sau epidermofitoni, epidermofiţie inghinală etc.), dar mult mai rar decît în dermitele eczematiforme microbiene.

Mai trebuie reţinute, în legătură cu evoluţia celor trei tipuri etiologice de dermită eczematiformă :

a) posibilitate frecventă de a deveni mixte (cele chimice medicamentoase se complică frecvent prin infecţie secundară cu piococi sau (şi) levuri). La nivelul pliurilor mari, dermitele eczematiforme sînt — sau devin de cele mai multe ori — mixte („complexul pliurilor" deseori cu piococi, levuri ş.a.) ;

b) evoluţie adesea lungă, cronică, recidivantă timp de luni sau ani a acestor dermite eczematiforme, îndeosebi a celor micotice ; ele se arată adesea foarte rebele la diferitele tratamente etiologice, manifestîndu-se ca adevărate eczeme vulgare, lipsite de specificitate etiologică ;

c) eczematizări ale unor dermatoze preexistente şi mai ales ale celor localizate în pliuri, modificîndu-le aspectul (psoriazis, eczematide etc.), care trebuie considerate tot ca dermite eczematiforme de origine externă (microbiene, candidozice, medicamentoase sau mixte). Tratamentul acestora va fi asociat sau urmat de acela al dermatozei primare.

Scanned with OKEN Scanner

ECZEMA DE CAUZĂ INTERNĂ (NUMULARĂ, CONSTITUŢIONALĂ, VULGARĂ)

Într-o serie de cazuri, cu toate investigaţiile alergologice, nu pot fi decelaţi reactogenii. Se vorbeşte în astfel de cazuri de o predispoziţie constituţională, de unde şi denumirea de *eczemă constituţională*. Această predispoziţie se manifestă la orice vîrstă ; deseori este familială şi ereditară, şi se asociază frecvent cu astmul (Degos) sau migrena, cu care poate coexista sau alterna. Prin aceste particularităţi, eczema de cauză internă, în care factorii de ordin genetic intervin cu mare probabilitate, se apropie de caracterele dermatitei atopice. Autorii americani, însă, o separă net de aceasta din urmă.

Clinic, eczema constituţională se prezintă cel mai adesea sub formă de plăci sau placarde circumscrise, rotund-ovalare („eczemă numulară"), tricofitoide, în general puţine la număr, localizate în special pe extremităţi. Alteori, placardele eczematoase sînt largi, cu contururi mai puţin rotunde, neregulate şi prost delimitate, şi mai multe la număr. În stadiul acut sînt de aspect eritemato-veziculos, zemuinde. Mai tîrziu, placardele devin uscate, eritemato-scuamoase, cu posibilitatea de a suferi din cînd în cînd puseuri veziculoase. În stadiul cronic se produc adesea lichenificări, formă sub care poate evolua îndelungat, confundîndu-se uşor cu neurodermita.

Evoluţia eczemei constituţionale este de obicei îndelungată, cu recidive frecvente, declanşate fără o cauză aparentă, adesea în sezonul rece, de obicei pe locul vechilor leziuni. Uneori are la origine o dermită eczematiformă infecţioasă sau una chimică de contact (de exemplu capac de ceas din nichel).

Etiopatogenia este complexă, încă insuficient clarificată.

Un rol important îl au ca factori favorizanţi — ce se adaugă celui de predispoziţie constituţională — disbioza intestinală, distiroidiile şi tulburările neuropsihice. Mecanismul este alergic, dar ar putea fi în cauză şi unul autoimun de întreţinere.

TRATAMENTUL

Într-o primă fază, tratamentul va fi etiologic, specific pentru fiecare tip de eczemă. În caz că acesta nu a dat rezultatele scontate se va aplica în continuare tratamentul eczemei constituţionale.

Eczema (dermita eczematiformă) microbiană

TRATAMENTUL GENERAL (VEZI ŞI ECZEMA CONSTITUŢIONALĂ)

Se va începe cu o scurtă cură (4—7 zile) de *antibiotice* (vezi Piodermitele) : penicilina G, sodică sau potasică, eritromicină, tetraciclină sau cloramfenicol ; concomitent se va institui *imunoterapia desensibilizantă* cu anatoxină streptococică în doze mici, progresiv crescînde (0,1—0,2—0,3—0,4 ml, cu care doză va continua), administrate subcutanat la 2 zile ; tratamentul va fi continuat pînă la vindecare. La copii, dozele vor fi reduse la 1/2 şi 1/4 din dozele adultului.

Scanned with OKEN Scanner

Ca tratament patogenic şi simptomatic, cu efecte antiinflamatorii şi antipruriginoase, se vor administra, în cazurile cu tendinţă la extindere şi cu erupţii secundare :

— **Corticoizi** în doze medii şi cure scurte : Prednison comprimate a 5 mg (20—30 mg/24 de ore), Supercortisol 15—20 mg/24 de ore, Superprednol 4—6 mg/24 de ore.

— **Antihistaminice :** Nilfan, 2—3 drajeuri a 25 mg/24 de ore, Feniramin 1—2 comprimate a 50 mg/24 de ore la adult şi 1—3 comprimate a 10 mg/24 de ore la copil ; Clorfenoxamină la adult 3—4 comprimate/24 de ore ; la copil 1/2—1/4 din doza adultului, în funcţie de greutate şi vîrstă ; Romergan la adult 1—3 drajeuri a 30 mg/24 de ore ; la copil, din siropul pentru copii 1—3 linguriţe/24 de ore, în funcţie de vîrstă. Alte medicaţii cu acţiune antihistaminică, desensibilizantă : histamina (vezi eczema constituţională), clorură de calciu, Magnosulfit, Reticulin, tiosulfat de sodiu ş.a.

— **Sedative nervoase,** tranchilizante, hipnotice (Ciclobarbital, Fenobarbital, Bromoval, Pasinal, Clordelazin, Levomepromazin, Meprobamat ş.a.).

Se vor corecta eventualele tulburări digestive şi endocrine, îndeosebi distiroidiile.

— **Regimul alimentar,** fără a fi prea restrictiv, comportă evitarea alimentelor conservate, condimentate, fermentate şi a băuturilor alcoolice. Formele cronicizate vor fi tratate ca eczema constituţională.

TRATAMENTUL LOCAL

Se va începe cu comprese umede cu soluţii slab antiseptice : Fenosept (1—2 linguri la 1 litru de apă), Rivanol 1/2 000, acid boric 2%, borax 2% etc. aplicate bine stoarse, de mai multe ori pe zi, timp de 1—3 zile, după care se vor face :

— badijonări cu soluţie apoasă de violet de genţiană 1% urmate de aplicarea succesivă de

— paste cu apă şi paste grase cu antibiotice (eventual în asociaţie cu corticoizi) :

Rp. Neomicină 0,10 g
Hidrocortizon 200 mg
Talc
Oxid de zinc
Glicerină āā 4 g

Rp. Neomicină 0,10 g
(Tetraciclină 0,50 g)
Hidrocortizon 200 mg
Jecozinc 1/3 tub (8 g)

Mai tîrziu :

— unguente cu corticoizi şi antibiotice : Cornemin, Synalar N cremă şi Synalar N pomadă, Triamcinolon cu saprosan

sau

Rp. Locacorten 5 g (1 tub)
Neomicină 0,10 g
(Tetraciclină 0,50 g)

Scanned with OKEN Scanner

Dacă eczemele microbiene se temporizează şi se lichenifică vor fi tratate ca acelea constituţionale.

ECZEMA (DERMITA ECZEMATIFORMĂ) PARAZITARĂ SAU MICOTICĂ

Se va preciza pe cît posibil prin examene micologice de laborator tipul parazitului (epidermofiton sau levură).

TRATAMENTUL GENERAL

În cele cu epidermofitoni (vezi şi Micozele) se vor administra :

— *Griseofulvină M* (Gricin), în doze de 500 mg/24 de ore (4 comprimate), în 4 prize egale, la 6 ore interval ; la copii, 125—250 mg/24 de ore. Durata tratamentului va fi în medie de 3 săptămîni ;

— *Extracte antigenice de epidermofitoni* (Longhin) în doze progresiv crescînde, de la 0,1 la 0,5 ml, subcutanat, la 2 zile ;

— în cele cu *Candida* (vezi şi Candidozele) se vor administra :

— *Stamicină* (Nystatin), în doze de 4—6 000 000 u.i./24 de ore (8—12 drajeuri a 500 000 u.i.), repartizate în 3—4 prize ; la copii, cîte 2—6 drajeuri/24 de ore în 3 prize. Durata curei : 2—3 săptămîni ;

— *extracte antigenice de Candida albicans* (Longhin) în doze progresiv crescînde, de la 0,1 la 0,5 ml, la 2 zile, subcutanat.

În cazurile cu leziuni extensive locale şi la distanţă (erupţie secundă) se vor administra *corticoizi* (Prednison sau Supercortisol), antihistaminice de sinteză, sedative nervoase etc. (vezi şi Eczema constituţională).

În cazurile cu infecţii mixte (micotice şi microbiene) se vor administra şi antibiotice antimicrobiene (penicilină G sodică sau potasică, eritromicină, tetraciclină etc.) (vezi Piodermitele).

Cele cronicizate se vor trata ca eczema constituţională

TRATAMENTUL LOCAL

După un tratament antiflogistic şi detersiv prin comprese umede cu soluţii slab antiparazitare : Fenosept (1—2 linguri la 1 litru de apă), infuzie de camomila sau Romazulan diluat, acid boric 10—20%, permanganat de potasiu 1/5 000—1/10 000 etc., se vor face :

— ştergeri sau tamponări cu soluţii avînd o acţiune antiparazitară (vezi Micozele) : Decaderm, Fenosept diluat 1/5, violet de genţiană în soluţie apoasă 1%, urmate de paste cu apă sau grase, conţinînd substanţe antifungice, eventual în asociaţie cu antibiotice şi corticoizi.

Rp. Fenosept soluţie 2—3 ml
Hidrocortizon 200 mg
Talc
Oxid de zinc
Glicerină āā 5 g

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Jecozinc 12 g
Tetraciclină 0,50 g
(Neomicină 0,10 g)
Acid salicilic 0,10 g
Calomel 1—2 g
Hidrocortizon 200 mg

apoi :

— unguente cu substanţe antifungice, eventual în asociaţie cu corticoizi : Jadit şi Jadit H sau analogele sale indigene Buclosamid P, Decaderm şi Saprosan.

În eczemele candidozice se va utiliza şi Stamicin :

Rp. Neomicină 0,10 g
Stamicin 1 500 000 u.
Hidrocortizon 200 mg
Talc
Oxid de zinc
Glicerină
Apă distilată āā 4 g

sau :

Rp. Jecozinc 8 g
Neomicină 0,10 g
Stamicin 1 500 000 u.
Hidrocortizon 200 mg

Formele cronicizate, rebele la tratamentul etiologic, specific, vor fi tratate ca eczemele constituţionale.

ECZEMELE CHIMICE, MEDICAMENTOASE, PROFESIONALE. DERMITELE DE CONTACT

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat în formele cu leziuni intense inflamatorii extensive şi cu erupţii secundare ; el constă în administrarea de : *corticoizi* (Prednison, Supercortizol, Superprednol), *antihistaminice de sinteză* (Feniramin, Nilfan, Clorfenoxamină, Romergan), *sedative nervoase şi tranchilizante* etc. (vezi Eczema constituţională).

TRATAMENTUL LOCAL

a) Se va începe prin comprese umede, schimbate des, cu infuzie de camomila şi Romazulan diluat, acid boric sau borax 2%, urmate de :

b) Paste cu apă, alternînd cu paste grase, simple sau, preferabil, cu corticoizi, iar în cazurile cu infecţii secundare, cu antibiotice.

Rp. Talc
Oxid de zinc
Glicerină āā p.e.
Apă q.s. pentru o pastă moale
Neomicină 0,5%
Hidrocortizon 1—2%

Scanned with OKEN Scanner

sau :

Rp. Talc
Oxid de zinc
Lanolină
Vaselină āā 4 g
Neomicină 0,50 g
Hidrocortizon 150 mg

Se mai pot utiliza Cutadenul şi Jecozincul, peste care se vor putea aplica comprese umede cu soluţie cloruro-sodică izotonică, acid boric şi borax 2%, infuzie de camomila ; după acestea vor putea fi aplicate :

c) Unguente cu corticoizi : Locacorten, Cornemin, Synalar N sau simplu, cremă şi pomadă, Triamcinolon, Tumozin.

Preventiv şi curativ se va suprima orice contact cu substanţele sensibilizante şi cauză, iar urmele vor fi îndepărtate, prealabil tratamentului propriu zis, prin :

— spălare cu apă caldă şi săpun, soluţie cloruro-sodică izotonică sau soluţii neutralizante ; de exemplu în dermatozele prin tincturi capilare se vor utiliza soluţii de ClNa 1,5% şi apoi H_2O_2 diluat.

În dermitele profesionale se vor utiliza, profilactic, mijloace de protecţie mecanice (mănuşi de cauciuc sau chimice, respectiv unguente şi soluţii protectoare pe baza de siliconi) :

— *Siloderm film tip 7,* o soluţie peliculogenă de protecţie a pielii împotriva solvenţilor organici, derivaţilor petrolieri, răşinelor şi vopselelor ;

— *Siloderm film tip 3,* o soluţie avînd o compoziţie precedentei, dar în concentraţie scăzută, fiind indicată în protecţia unor leziuni deja existente (excoriaţii, fisuri, eroziuni, dermite uşoare etc.), faţă de aceiaşi agenţi citaţi ;

— *Siloderm* P_5 este o cremă de protecţie împotriva substanţelor alcaline organice şi anorganice în stare de pulberi sau soluţie (oxizi, hidroxizi, carbonaţi alcalini, amoniac etc.), care posedă şi o uşoară acţiune antimicrobiană asupra piococilor banali ;

— *Siloderm* P_1 prezintă o formulă asemănătoare precedentei cu unii ingredienţi în concentraţie mai mică, putînd fi aplicat cu efecte protectoare în unele dermite şi leziuni traumatice uşoare preexistente.

Aplicaţiile cu preparatele Siloderm se fac pe pielea uscată şi curată, înainte de începerea lucrului, iar îndepărtarea lor se face prin spălare cu apă simplă, în cazul soluţiilor, şi prin spălarea cu apă caldă şi săpun, în cazul cremelor.

ECZEMA CONSTITUŢIONALĂ

TRATAMENTUL GENERAL

— *Se vor corecta eventualele tulburări digestive cronice* (gastrite hiper- şi hipoacide, colecistite, tulburări secretorii şi motorii biliare, insuficienţa hepatică cronică, tulburări de tranzit intestinale, constipaţie şi

diaree), sindromul de malabsorbţie etc. Se vor utiliza în acest sens după caz :

— medicaţia neutralizantă şi alcalinizantă : bicarbonat de sodiu pulvis, comprimate sau granule, Calmogastrin comprimate, Gastrofibran comprimate, Gastrosedol granule, Peromag comprimate, Ulcerotrat comprimate sau Ulcomplex comprimate ;

— medicaţia eupeptică : Acidopeps comprimate, Triferment drajeuri ;

— laxative şi purgative : Carbocif comprimate, Ciocolax tablete, Cortelax drajeuri, Fenisan comprimate, Laxatin drajeuri, Lichior purgativ, Purgofen emulsie, Sintolax drajeuri şi sirop, Supozitoare cu glicerină, Videx (sin. Dulcolax). Uneori sînt preferabile însă formule magistrale ca :

Rp. Lactoză 50 g
Magnezia usta
Cremă de tartru āā 25 g
Cărbune medicinal 10—15% ;

— coleretice, colagoge, factori lipotropi, euhepatice : Anghirol drajeuri şi soluţie, Boldocolin soluţie, Carbicol capsule, Colebil drajeuri sau sirop, Fiobilin comprimate şi fiole, Peptocolin granule, Tonozit comprimate, Rowachol soluţie, Rovitrat fiole, Neohepar fiole. Adesea este foarte eficace sulfatul de sodiu, în doze mici (un vîrf de cuţit), dimineaţa pe nemîncate, dizolvat într-un pahar cu apă călduţă, sau soluţie Bourget administrată ca şi sulfatul de sodiu ;

— eubiotice ale florei microbiene intestinale : Cloramfenicol în doze mici şi cure scurte (de trei ori pe zi cîte 1 drajeu, 6 zile) ; Saprosan drajeuri, conţinînd 100 mg (pentru adulţi) şi microtablete a 10 mg pentru copii (5-7-diclor-8-oxichinaldină). Se administrează cîte 3—6 drajeuri/24 de ore la adulţi şi cîte 10 mg/kilocorp/24 de ore, respectiv cîte 1—10 microtablete/24 de ore la copil, după greutate, vîrstă şi intensitatea tulburărilor digestive. La copii, acestea se mai pot administra şi în clisme (microtabletele se vor dizolva în 100—200 ml apă). Durata curelor va fi de 2—4 săptămîni, în funcţie de efectele obţinute : Mexaform comprimate conţinînd iododoroxichinoleină 200 mg, Entobex 20 mg, Antrenyl 2 mg ; are aceleaşi proprietăţi ca ale saprosanului, dar este mai activ. Se administrează cîte 3 comprimate/24 de ore în formele mai severe şi 3×1/2 comprimat/24 de ore în formele uşoare ; la copii (de vîrstă şcolară) cîte 1/2 comprimate de trei ori pe zi în formele acute şi cîte 1/4—1/3 comprimat de trei ori pe zi în formele uşoare. Curele vor fi prelungite 2—3 săptămîni, în funcţie de rezultate. La copiii mici şi sugari se poate utiliza Mexaformul P, în suspensie, conţinînd Vioform 8 g, Entobex 0,8 g, excipient q.s. pentru 10 ml. Se administrează cîte 5—10 picături de trei ori pe zi la sugari şi cîte 15—20 de picături de trei-patru ori pe zi la copiii mici. Cifoform (sinonim Vioform) cu aceleaşi proprietăţi ca ale Saprosanului, dar mai puţin bine tolerat din cauza conţinutului în iod, mai ales de către cei cu sensibilitate faţă de acesta. Se administrează cîte 3 comprimate după mese (în formele severe cîte 6/24 de ore), în cure de 10 zile, repetate după intervale egale de pauză. La copii (numai peste 3 ani), cîte 1/2 comprimat de trei ori pe zi, după mese.

Scanned with OKEN Scanner

— Se vor face însămînţări din bilă, iar germenii găsiţi vor fi combătuţi prin antibiotice şi chimioterapice adecvate.

— *Se vor cerceta şi corecta eventualele tulburări endocrine* în special cele tiroidiene şi gonadice (acestea mai ales la femei) ; se vor administra, după caz şi cu avizul specialiştilor endocrinologi : antitiroidiene (Metiltiouracil comprimate, vitamină A), Tiroidă drajeuri, Tiroton, estrogeni (Estradiol fiole, Estrolent fiole, Estrotest, Ginosedol B fiole, Sintofolin fiole şi comprimate, Dietilstilbestrol comprimate), gestageni (progesteron) sau androgeni (Testosteron fiole, Testolent fiole, Madiol fiole şi comprimate, Metiltestosteron comprimate, Lutestan etc.).

— *Se vor administra medicamente cu acţiune antihistaminică şi desensibilizantă :*

— *Romergan* 10-(N-2′-dimetilamino-n-propil)-fenotiazină maleat, în fiole conţinînd 25 mg, drajeuri conţinînd 30 mg, sirop pentru adulţi şi sirop pentru copii. Posedă o acţiune antihistaminică şi antialergică, analgetică centrală şi sedativă asupra sistemului nervos. Se administrează cîte 2—4 drajeuri/24 de ore la adulţi, repartizate în mai multe prize : la copii (peste 3 ani) cîte 0,5—1 mg/kilocorp/24 de ore sub supraveghere medicală, durata fiind apreciată de medic. La adulţi, durata poate fi prelungită mai multe săptămîni. Calea injectabilă este folosită de obicei în formele acute, cu prurit intens şi agitaţie nervoasă. Se administrează 1/2—2 fiole pe zi, intramuscular. La unii bolnavi poate da fenomene paradoxale, de excitaţie care necesită suspendarea tratamentului ;

— *Feniramin* 1-fenil-1-(2-piridil)-3-dimetilamino-propan-n-aminosalicilat, în comprimate a 50 mg (pentru adulţi) şi 10 mg (pentru copii), precum şi în fiole a 50 mg. Posedă o durată relativ lungă de acţiune (în medie 4—6 ore). Mod de administrare : la adulţi 2—3 comprimate/24 de ore (se va începe cu 1/2 comprimat de trei ori pe zi) ; în cazurile cu leziuni intense, acute, extensive sau rebele la tratamente uzuale se va utiliza calea parenterală, administrîndu-se cîte o fiolă pe zi (sau de două ori cîte 1/2 fiolă), intramuscular sau intravenos foarte lent. La copii sub 10 ani, 3 comprimate de 10 mg, iar peste 10 ani, 3—6 comprimate de 10 mg, sau cîte 1/4—1/2 fiolă, o dată — de două ori în 24 de ore ;

— *Nilfan (Anafilin)* clorhidrat de N-dimetilaminoetil-N-p-clorbenzil-α-aminopiridină, în drajeuri a 25 mg şi supozitoare conţinînd 10 mg. La adult se administrează în doze de 75 mg/24 de ore (3 drajeuri), repartizate în 3 prize ; la copil 1—2 drajeuri/24 de ore (nu se administrează copiilor sub 7 ani). Drajeurile se înghit fără a se sfărîma, administrîndu-se după mese ;

— *Clorfenoxamină* (sinonim Sistral), comprimate a 20 mg. Posedă o remarcabilă acţiune antihistaminică şi anticolinergică. Se administrează : la adult 2—6 comprimate/24 de ore în funcţie de intensitatea leziunilor ; la copiii sub 2 ani 1/4 din doza adultului, iar la cei mai mari, 1/3—1/2 din doza adultului, în funcţie de vîrstă ;

— antihistaminicele de sinteză se dau cu prudenţă conducătorilor auto şi la muncitorii expuşi la accidente profesionale, atrăgîndu-li-se în mod special atenţia asupra fenomenelor de somnolenţă şi tulburărilor de coordonare neuromotoare pe care le pot produce ;

Scanned with OKEN Scanner

— pentru a le mări eficacitatea se obișnuiește să fie administrate în asociație, fiecare în doze mai mici, decît dacă ar fi administrat singur ;

— *hiposulfit de sodiu* (tiosulfatul de sodiu) *per os :*

Rp. Hiposulfit de sodiu chimic pur 20 g
Sirop 50 g
Apă distilată ad 300 g
D.S. intern cîte 1 lingură de trei ori cu 1/2 oră înaintea meselor principale (3 g/24 de ore).
La copii cîte 3 linguriță din aceeași soluție.

Se mai poate administra (în stadiul acut, cu leziuni extensive) pe cale parenterală, cîte 1—2 fiole, conținînd soluție apoasă injectabilă de hiposulfit de sodiu 10 și 20% (respectiv 1 și 2 g/fiolă). Se administrează numai intravenos, lent, la copii (peste 7 ani), cîte 1/2 fiolă de 10%/24 de ore ;

— *Reticulin,* fiole, conținînd o soluție injectabilă de substanțe biologice cu proprietăți desensibilizante, din țesutul reticulo-endotelial. Se administrează subcutanat sau intramuscular, cîte 1—2 fiole/24 de ore, în cure de 20—30 de zile ; se pot repeta după 2—3 luni. La copii se administrează cîte 1/4—1 fiolă/24 de ore, în funcție de vîrstă ;

— *Histamină,* fiole cu soluție apoasă injectabilă de histamină clorhidrică 0,1 și 1‰ (cîte 0,1 și respectiv 1 mg/fiolă). Se injectează intradermic sau subcutanat, începînd cu soluția 0,1‰, cîte 0,1, 0,2, 0,3 ml, și cu prudență peste această doză ; injecțiile se fac zilnic, apoi la 2 zile, în cure de 20—30 de injecții, ce se pot repeta după 15—30 de zile. Nu se administrează la copii. Histamina se mai poate utiliza și sub formă de ionizări.

Proteinoterapie cu :

— *sînge citratat* (4 ml sînge cu 1 ml dintr-o soluție de citrat de sodiu 3,8%, apoi 8 ml sînge cu 2 ml citrat de sodiu), eventual iradiat între cei doi poli ai unui aparat de ultrascurte (Forster) în cure de 10—20 de injecții la 2 zile, intramuscular ;

— *sînge lacat sau hemolizat,* în doze progresiv crescînde, de la 0,1 la 0,3 ml, intradermic, la 2 zile ;

— *lapte* (azi puțin utilizat) sterilizat prin fierbere și injectat profund intramuscular, la 2 zile, în doze progresiv crescînde, de la 0,5 la 3—5 ml ;

— *insulină* (fiole cu soluție injectabilă, de 200 u.i. insulină în 5 ml) se administrează cu acțiune de „microșocuri" în doze mici, progresiv crescînde, intravenos, zilnic ; se începe cu 4 u.i. (0,1 ml) și se crește cu 4 u.i./zi, respectiv cu 0,1 ml, pînă la limita de toleranță a bolnavului (16—20 u.i. o dată), după care doza zilnică se menține aceeași. Curele vor fi de 15—20 de injecții (zile).

Corticoterapia poate aduce servicii, dar de cele mai multe ori efectele favorabile sînt tranzitorii în eczema constituțională. Este indicată numai în formele acute cu leziuni extensive sau în cele foarte rebele la tratamentele uzuale. Se utilizează în general doze zilnice medii și cure relativ scurte, de 10—15 zile, pentru a se reduce la minimum riscul de corticodependență :

Prednison comprimate a 5 mg, cîte 20 mg/24 de ore.

Scanned with OKEN Scanner

Supercortisol (Prednisolon) în comprimate a 5 mg, cîte 10—20 mg/24 de ore ;

Superprednol (Dexametazon) comprimate a 0,5 mg cîte 2—3 mg/zi ;

ACTH, flacoane conținînd 50 u.i. hormon hipofizar adrenocorticotrop ; se administrează doze zilnice de 50 u.i. în perfuzii intravenoase lente sau 100 u.i. (2 fiole) timp de 7—10 zile scăzînd apoi la 75 și 50 u.i./24 de ore și 25 u.i. Doza zilnică se fracționează în trei sau două prize, la 8 și respectiv 12 ore, intramuscular. Se produc uneori reacții de intoleranță, în special eriteme vasomotorii difuze, care se tratează prin corticoizi și adrenalină (cîte o fiolă sublingual, pe o bucățică de zahăr, repetîndu-se la nevoie după 2 ore), Clordezalin, Romergan — preferabil pe cale parenterală ;

ACTH-retard, flacoane conținînd 50 u.i. pulbere liofilizată de hormon hipofizar adrenocorticotrop într-un complex, fosfat de zinc, avînd avantajul unei acțiuni mai puternice și mai prelungite. Se administrează numai intramuscular, în doză zilnică de 10—20 u.i. timp de 7—10 zile, apoi cîte 10 u.i. la 2 zile.

Vitaminoterapia cu vitaminele grupului B : B_1, B_2, B_6, PP și vitaminele A, C, P constituie auxiliari prețioși, intervenind (primele) în tulburările digestive frecvent prezente în eczemele constituționale, și (ultimele) în procesele de oxidoreducere și permeabilizare capilară ;

— *Sedativele nervoase, neurolepticele* și *tranchilizantele* intervin adesea favorabil asupra factorului nervos central de ordin psihic și vegetativi ; se utilizează singure sau în asociație (coctail neurosedativ) ;

a) *Sedative nervoase :* Bromosedin granule, Bromoval comprimate, Bromură de calciu fiole, Ciclobarbital comprimate, Fenobarbital comprimate, Clorură de calciu fiole și picături (Clorocalcin), Extraveral comprimate, Hipnogal sirop, Nervocalm sirop, Pasinal sirop, fenobarbital 0,015 g.

b) *Neuroleptice,* Clordelazin comprimate și fiole (Plegomazin), Romtiazin (Delazin), fiole și drajeuri, Majeptil comprimate, Neuleptil capsule și soluție, și mai ales Levomepromazin (Nozinan) comprimate (cîte 2,5 mg de două-trei ori pe zi), acesta din urmă avînd și o acțiune antihistaminică.

c) *Tranchilizante :* Meprobamat comprimate, Napoton drajeuri, Hidroxizin (Atarax) fiole și comprimate.

Dozele utilizate vor fi în general mijlocii, la început mici, ele fiind stabilite de la caz la caz, după toleranță și efecte sedative.

— *Climatoterapia* constituie un auxiliar eficace în tratamentul cazurilor cronice recidivante. În ce privește alegerea stațiunii (munte — înălțimi mijlocii — sau mare), ea se va face prin tatonare. Uneori este eficientă simpla scoatere din mediul obișnuit, casnic sau profesional.

— *Curele de apă minerală* pot interveni favorabil, mai rar direct, mai ales indirect, în calitate de corective auxiliare ale tulburărilor digestive cronice.

TRATAMENTUL LOCAL

Va fi stabilit în funcție de stadiul evolutiv al eczemei.

a) În leziunile acute, inflamatorii, edematoase, cu sau fără veziculare (nesecretînde), se vor aplica :

Scanned with OKEN Scanner

— comprese umede bine stoarse, neocluzive, cu soluții antiflogistice, calmante : acid boric sau borax 1%, infuzie de camomila sau soluție diluată de Romazulan, soluție diluată de Burow urmate de :

— Paste cu apă (ziua)

Rp. Talc
Oxid de zinc
Glicerină āā p.e.
Apă de calciu q.s. pentru o pastă moale
la care se poate încorpora
Hidrocortizon 1—2% ;

— Paste grase (noaptea) :

Rp. Talc
Oxid de zinc
Lanolină
Vaselină
(sau ulei de floarea-soarelui) āā p.e.
la care poate fi încorporat
Hidrocortizon 1—2%.

Se mai pot folosi și pastele : Jecozinc și Cutaden (Cutaniol), la care poate fi de asemenea încorporat hidrocortizon, 150 mg la 1/4 tub (6 g) sau 200 mg la 1/3 tub (8 g).

Peste pastele grase se pot aplica comprese umede cu soluție clorurată izotonică sau infuzie de camomila, care le potențează efectele calmante, decongestive.

După obținerea unui efect sedativ se poate trece la topice cu corticoizi, cu importante efecte antipruriginoase, antiinflamatoare și antiexsudative :

— creme și pomezi cu corticoizi, preferabil sub pansamente ocluzive cu poliester sau celofan, umezite ușor, schimbate la 24 sau 48 de ore, pînă la vindecare. Este recomandabil ca în formele acute, zemuinde, să se aplice cremele trecîndu-se mai tîrziu la pomezi ; acestea pot fi aplicate de la început în formele lichenificate.

Cornemin unguent, conținînd hidrocortizon acetat 1% și neomicin sulfat 0,5% ; — Locacorten unguent, conținînd 0,02% flumetozon pivalat, Synalar cremă și unguent conținînd 0,025% fluocinolon acetonidă și Synalar N, cremă și unguent, conținînd în plus 0,05% neomicină sulfat ; Triamcinolon unguent, conținînd 1% triamcinolon acetonidă.

b) În stadiul (forma) veziculos zemuind se vor aplica :

— comprese umede cu acid boric 2%, tanin-borax 5—10‰, nitrat de argint 1/6 000, și mai tîrziu cu podofilină 1/2 000 (acestea ținute progresiv, numai cîte 1—2—3 ore), urmate de :

— paste grase, eventual alternînd cu paste cu apă (vezi mai sus) ; ulterior, după ameliorarea sau dispariția zemuirii, se va putea trece la creme, unguente cu corticoizi, preferabil în asociație cu antibiotice : Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan ; un foarte bun preparat cu indicație în faza zemuindă este Terra-cortryl flacon *spray*, conținînd hidrocortizon acetat 1,25% și 3,75% oxitetraciclină hidroclorică ;

— se mai pot utiliza cu efecte antiexsudative remarcabile : pastă cu apă sau grasă (vezi mai sus), conținînd 1—2% podofilină, în aplicații zil-

nice de 1—2—3 ore, după care pasta se va șterge bine, aplicîndu-se unguente cu corticoizi.

În stadiul tardiv, uscat, cu lichenificare (vezi și Neurodermita) se vor utiliza topice conținînd substanțe reductoare (ihtiol, tumenol, gudron mineral, oleu cadic, naftalon), în proporții de 0,50—3%, incorporate în pomezi sau paste grase (vezi mai sus) la care se va asocia și hidrocortizon în proporție de 1—2%. Un preparat de acest timp îl reprezintă : Tumizonul, unguent conținînd hidrocortizon acetat 1% și tumenol 3%.

Substanțele reductoare posedă, în afară de efectele specifice, și ușoare proprietăți antiseptice și keratoplastice.

În formele foarte rebele, cronice, rezistente la tratamentele cu topice se poate recurge la roentgenterapie superficială (100—150 r pe ședință, filtrate ușor, în total 3—4 ședințe repetate la 7 zile) sau, preferabil, terapia cu raze Bucky care are avantajul de a putea fi repetată cu riscuri minime de radiodermită.

Regimul alimentar, fără a fi prea restrictiv, impune eliminarea alimentelor conservate, a brînzeturilor fermentate, condimentelor, murăturilor, băuturilor alcoolice etc.

B. URTICARIA

Este un sindrom alergic provocat de cauze (alergene) diverse, caracterizîndu-se prin papule sau plăci „urticariene" efemere și foarte pruriginoase.

Simptome. Erupția urticariană este constituită din elemente rotund-ovalare de dimensiuni variabile, de la un bob de linte (sau mai mici) pînă la un pod de palmă, sau mai mari, putînd realiza adevărate eritrodermii ; poate să se localizeze oriunde pe tegumente, inclusiv palme, plante și pielea capului, și pe mucoase [pleoape, buze, limbă, văl și glotă, unde antrenează tulburări de respirație și deglutiție (risc de asfixie), vulvă] etc. Apare brusc, cu precesiunea prunitului, care este de regulă foarte viu, leziunile dispărînd fără urme după cîteva minute sau cîteva ore.

Evoluția este foarte capricioasă, putîndu-se reduce la un puseu de cîteva zile *(urticarie acută)* sau durează luni și chiar ani, cu mers continuu sau cu perioade de remisiuni și recidive *(urticarie cronică).*

O formă particulară o constituie edemul angioneurotic sau edemul Quincke, cu tumefiere edematoasă cutanată și hipodermică, cu diametrul de 10—15 cm.

Etio-patogenie. Leziunile urticariene se datoresc unei liberări brutale de histamină în derm, consecutiv intervenției unui agent nociv (antigen) extern sau intern, pe un teren endocrino-neurotonic. Distiroidia este frecvent întîlnită. Factorii nocivi sînt multipli, teoretic nelimitați : medicamente, alimente, parazitoze intestinale, agenți fizici : soare, frig (urticarie *a frigore*), infecțioși (infecții locale, disbioză intestinală).

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi stabilit în funcţie de etiologie şi de forma clinică a uticariei.

TRATAMENTUL ETIOLOGIC

Va fi suprimat alergenul cauzal ; dacă nu se poate deduce din datele anamnestice va fi decelat prin teste alergologice. Se vor încerca (nu întotdeauna soldate cu succes) desensibilizări specifice cu extracte antigenice standardizate, care vor fi administrate în doze progresiv crescînde 0,1—0,2, 0,3....0,5 sau 1 ml intradermic sau subcutanat, zilnic sau la 2 zile, dintr-o soluţie foarte diluată (1/500 sau 1%) — trecîndu-se ulterior la concentraţii superioare în serii de 45—60 de injecţii. Sînt indicate în special în formele cronice, recidivante ;

— Se vor cerceta şi combate tulburările digestive cronice şi hormonale (tiroidiene — cel mai frecvent hipertiroidii, uneori gonadice).

TRATAMENTUL SIMPTOMATIC ŞI PATOGENIC

Se vor utiliza :

— *antihistaminice de sinteză,* (vezi Eczemele) : Romergan şi Feniramin, care în formele acute sau puseurile intense ale formelor recidivante este preferabil să se administreze pe cale parenterală (intramuscular) 1/2—1 fiolă o dată — de două ori pe zi, timp de mai multe zile după care tratamentul va fi continuat pe cale bucală cu doze de 2—3 drajeuri şi, respectiv, comprimate/24 de ore. Se mai utilizează Nilfanul şi Clorfenoxamina, cîte 2—3 drajeuri, respectiv comprimate/24 de ore. La copiii peste 3 ani se vor administra doze în funcţie de vîrstă, greutate şi intensitatea puseurilor ;

— *adrenalină,* fiole conţinînd soluţie 1‰, administrată sublingual (pe o bucăţică de zahăr), eventual repetat de mai multe ori la intervale de 2—3 ore. Este indicată în puseurile intense ;

— *efedrină,* cîte 1 comprimat de 50 mg la 6 ore ; este indicată de asemenea în timpul puseurilor acute ;

— *corticoizii* sînt indicaţi în unele forme acute cu leziuni diseminate cu tendinţă la generalizare ; ei sînt necesari în localizările pe mucoase, în special glotică. Se administrează în doze de atac, mari, pînă la atenuarea simptomelor, după care se va proceda la scăderea progresivă în palier : Prednison 40—60 mg/24 de ore sau Supercortisol 30—50 mg/24 de ore ; iniţial, acesta va putea fi administrat pe cale parenterală, intramuscular, cîte 1—2 fiole a 25 mg/24 de ore, doză care va putea fi mărită la 3 fiole (75 mg)/24 de ore în 3 prize la 8 ore, în cazurile severe şi în boala serului.

În puseurile acute foarte grave, cu localizări glotice şi risc de asfixie se va administra : Hemisuccinat de hidrocortizon, fiole conţinînd 25 mg substanţă în soluţie, în glicerin-formol. Se administrează în funcţie de gravitatea cazului 50—200 mg/24 de ore intravenos, preferabil în perfuzie lentă. Soluţia se prepară extemporaneu, conţinutul fiecărui flacon dizolvîndu-se în 2 ml apă distilată sterilă. Durata tratamentului va fi limitată la 24—48 de ore, practic pînă la depăşirea fazei critice, după care va fi continuat cu corticoizi administraţi pe cale orală.

Scanned with OKEN Scanner

— *sedativele nervoase, tranchilizantele şi neurolepticele* (vezi Eczemele) sînt auxiliare adesea utile în formele acute.

În formele cronice, recidivante, în afară de desensibilizările specifice (vezi mai sus) se va încerca o desensibilizare nespecifică (vezi Eczemele) cu: proteoză urinară (Oriel), Reticulină, Histamină, hiposulfit de sodiu, singur sau alternînd la 2 zile cu calomel (cîte 3 centigrame/zi în 24 de ore, în 3 prize, înainte de mese, la adulţi ; la copii cîte 0,5—2 cg/zi în 24 de ore, în funcţie de vîrstă), în cure de 20 de zile (10 zile hiposulfit şi 10 zile de calomel), hemoterapie etc.

Se mai utilizează cu aceeaşi acţiune :

— *histamina şi gammaglobulinele,* administrate concomitent, în doze progresiv crescînde, subcutanat, zilnic sau la 2 zile. Această medicaţie ar da rezultate în urticaria *a frigore ;*

— *oxigenoterapia* în injecţii subcutanate în regiunile flancurilor, în doze crescînde de la 50 la 300 ml săptămînal, de mai multe ori.

TRATAMENTUL LOCAL

Este de mică importanţă. Se pot utiliza loţiuni şi mixturi conţinînd substanţe cu acţiune anestezică, antipruriginoasă şi decongestivă.

Rp. Acid salicilic 1 g
Acid acetic concentrat 5—10 g
Alcool de 70° ad 100 g

Rp. Mentol
Fenol āā 0,30 — 1 g
Alcool de 70° ad 100 g

Rp. Xilină 10 ml sol. 2%
Adrenalină 1/2 fiolă soluţie 1‰
Romergan 3 fiole soluţie 2,5%
Alcool de 70° ad 100 g

C. ERUPŢII ALERGICE DE ORIGINE MEDICAMENTOASĂ ŞI ALIMENTARĂ

Cunoscute şi sub numele (impropriu după noi) de toxidermii, comportă manifestări cutanate foarte polimorfe şi cu tendinţă la diseminare, uneori însoţindu-se şi de reacţii generale.

Simptome. Clinic, leziunile se pot prezenta ca un simplu prurit prin erupţii eritematoase de tip scarlatiniform, rujeoliform, erupţii eritematoveziculoase profuze, papulo-veziculoase, urticariene (vezi Urticaria), purpure şi eritrodermii (vezi Eritrodermiile).

Există trei tipuri clinice mai particulare de alergodermii medicamentoase : eritemul fix medicamentos, erupţia buloasă pemfigoidă şi sindromul Lyell.

Primul se caracterizează prin pete eritematoase, rotund-ovalare, bine circumscrise, urmate de exfoliere uşoară şi pigmentare, variabile ca număr, diseminate simetric ; ele recidivează pe acelaşi loc o dată cu readministra-

Scanned with OKEN Scanner

rea medicamentului în cauză (sulfamide, fenolftaleină, piramidon, fenacetină, aspirină, luminal etc.).

Al doilea tip clinic se caracterizează prin pete eritematoase, devenind rapid buloase, cu localizare ubicuitară, dar mai frecvent pe palme şi pe mucoasa bucală şi cea genitală, simulînd un pemfigus sau sifilidele secundare erozive ; apar şi reapar în aceleaşi condiţii de administrare a medicamentului alergizant (foarte frecvent sulfamidele).

Al treilea tip, *sindromul Lyell (epidermoliza necrotizantă, combustiformă)* se manifestă prin eritem generalizat sau în placarde întinse, pe care se formează bule mari, flaşte ; epidermul se decolează uşor la frecare, pe suprafeţe largi (semnul Nikolsky pozitiv). Sînt atinse şi mucoasele (bucală şi cea conjunctivală), iar starea generală este profund alterată. Sindromul are o evoluţie acută cu prognostic grav, terminîndu-se cu exitus dacă nu se intervine de urgenţă. Cel mai frecvent în cauză sînt : penicilina, butazolidina, sulfamidele, hidantoina, ş.a. Precizarea reactogenului se face de cele mai multe ori pe baza datelor clinice şi anamnestice, testele alergologice fiind rareori concludente.

În cazul alergodermiilor digestive, numai rareori este în cauză un anume alergizant ; de obicei este vorba de o sensibilizare la metaboliţi intermediari şi la toxine bacteriene, în care joacă un rol tulburările gastrointestinale şi biliare cronice, disbioza microbiană consecutivă şi alimentaţia.

TRATAMENTUL GENERAL

Etiologic. Se va suprima definitiv medicamentul în cauză : la fel se va proceda şi cu alimentul care declanşează sistematic erupţia (căpşuni, fragi, crustacee etc.). În cazul erupţiilor de origine digestivă incertă, se va proceda la testări alergice şi numai dacă acestea sînt foarte concludente alimentul va fi suspendat temporar. În astfel de cazuri, ca şi în cazul sensibilităţii crescute faţă de antigene microbiene, se va proceda la :

— *desensibilizări* specifice cu antigenele în cauză (extracte antigenice în diluţii standardizate), începînd cu concentraţii foarte slabe : 1/100 000 sau 1/500 000, în injecţii intradermice zilnice, apoi subcutanate, la 2 zile, cu doze progresiv crescînde : 0,1—0,5 ml, după care se va trece la o concentraţie superioară (vezi Urticaria).

În toxicodermiile medicamentoase severe prin sensibilizare la mercur se va utiliza şi un chelator de tipul calciului acetilendiamintetraacetic disodic (Edetamin), fiole conţinînd soluţie apoasă 10% ; se administrează 1—2 fiole/24 de ore, intravenos lent, timp de 4—5 zile, urmate de o pauză de cîteva zile, după care se poate repeta. Este contraindicată administrarea concomitentă de barbiturice sau sulfamide.

În manifestările alergice faţă de arsenic şi aur se va asocia la nevoie dimercaptopropanolul, în doze mici, 1—2 fiole/24 de ore administrat cu prudenţă, foarte profund intramuscular, timp de 10—15 zile.

În manifestările alergice faţă de sărurile metalelor grele ca acelea de tipul eritrodermiilor edemato-veziculoase, rolul important îl joacă infecţia streptococică secundară (biotropism) de unde indicaţia de antibioterapie şi imunoterapie desensibilizantă (vezi Piodermitele streptococice).

Scanned with OKEN Scanner

Se vor corecta obligatoriu tulburările digestive cronice şi disbioza consecutivă (vezi Eczema constituţională).

Simptomatic şi patogenic se va interveni prin :

— *antihistaminice de sinteză* (vezi Eczema şi Urticaria) : Romergan, Feniramin, Nilfan şi Clorfenoxamină. În formele intense, primele două vor fi administrate la început ca tratament de atac sub formă injectabilă, acesta fiind apoi continuat prin administrarea lor pe cale bucală ;

— *corticoterapie*, în doze medii şi cure moderate ca durată (8—12 zile) ; Prednison 20—30 mg, Supercortisol 15—25 mg.

În erupţiile acute, intense, cu mare tendinţă extensivă şi generalizare (vezi Urticaria) şi mai ales în sindromul Lyell se administrează de urgenţă:

— *Hemisuccinat de hidrocortizon,* câte 200 mg şi mai mult (300—400 mg), respectiv 8—12 fiole a 25 mg/24 de ore, la intervale egale de timp, intravenos, preferabil în perfuzie lentă. După ieşirea din stadiul acut grav al fenomenelor generale (24—48 de ore) se va trece la administrarea ACTH-ului în perfuzii lente intravenoase (50 u.i./24 de ore) sau a corticoizilor de tipul Prednisonului şi Supercortisolului, pe cale bucală, sau a celui de al doilea pe cale intramusculară ; aceştia vor fi administraţi la început în doze mari : 40—60 mg/24 de ore, timp de mai multe zile, apoi în doze medii (20—30 mg) până la amendarea totală a fenomenelor subiective şi generale.

— Alte medicaţii cu proprietăţi antihistaminice şi desensibilizante utilizabile în formele uşoare, subacute şi recidivante (vezi Eczemele şi Urticaria) : Tiosulfat (hiposulfit) de sodiu în poţiuni sau în injecţii intravenoase, Calciu clorat pe cale bucală (Clorocalcin) sau injectabil, Reticulin etc.

— La cei cu iritabilitate crescută neuropsihică şi neurovegetativă se vor asocia şi sedative nervoase, neuroleptice şi tranchilizante (vezi Eczemele şi Urticaria).

Regimul alimentar, în afara eliminării definitive sau temporare a alimentului cauzal în alegodermiile alimentare specifice, va fi în general restrictiv în ce priveşte alimentele conservate, mezelurile, condimentele, alimentele fermentate şi băuturile alcoolice tari. El va fi adaptat în plus eventualelor tulburări digestive existente.

TRATAMENTUL LOCAL

Va fi individualizat în funcţie de tipul erupţiei şi faza evolutivă.

În erupţiile papulo-veziculoase şi urticariene (vezi şi Urticaria) se vor utiliza mixturi agitante conţinînd substanţe cu acţiune antipruriginoasă şi antiinflamatorie :

Rp. Acid salicilic 1—1,5 g
Mentol 0,50 g
Anestezină 2—3 g
Talc
Oxid de zinc āā 20 g
Glicerină 10 g
Alcool de 70° ad 100 g
posibilă sensibilizare la anestezină

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Hidrocortizon 300 mg
Anestezină 2 g
Talc
Oxid de zinc āā 10 g
Glicerină
Apă distilată āā 15 g

— ulterior pot fi utilizate, pe zonele cu leziuni restante rebele, sau cu tendinţă la lichenificare, şi unguntele şi cremele conţinînd corticoizi : Cornemin, Locacorten, Synalar, Triamcinolon, Tumizon (vezi Eczemele) ;

— în erupţiile cu eczematizare se va proceda ca în eczeme ;

— în eritemul fix medicamentos se vor aplica, în stadiul acut cu sau fără bule : comprese umede cu soluţie de acid boric sau borax 2%, sau tanin-borax 5—10%, urmate de paste cu apă, şi grase (vezi Eczemele), şi mai tîrziu de unguente conţinînd corticoizi (Cornemin, Locacorten, Synalar, Triamcinolon) ;

În sindromul Lyell (adesea cu infecţie secundară a leziunilor erozive întinse) se va începe (dacă starea generală o permite) cu băi generale călduţe (37—38°) conţinînd substanţe antiseptice în concentraţie slabă (permanganat de potasiu 1/10 000) (coloraţie în roz palid), după care se vor face badijonări cu o soluţie apoasă de violet de genţiană 0,5% şi se vor aplica topice cu corticoizi, în special Terra-Cortryl flacon *spray* (vezi Eczemele).

DISHIDROZA

Este o dermită veziculoasă acută sau cronică, recidivantă, evoluînd în puseuri eruptive, localizată simetric pe extremităţi, uneori numai pe cele superioare.

Simptome. Erupţia constă în elemente veziculoase, perlate, de volumul unui bob de cînepă, translucide, izolate sau grupate, care conţin un lichid clar. Caracteristic pentru veziculele dishidrozice este sediul lor profund epidermic, electiv pe feţele laterale şi inferioare ale degetelor, palmelor şi plantelor, unde epidermul cornos este mult îngroşat. Erupţia este precedată şi însoţită de prurit, tensiune, arsuri. În formele uşoare, erupţia durează cîteva zile, după care veziculele se resorb spontan. De cele mai multe ori durata se prelungeşte la 2—3 săptămîni, putîndu-se transforma în placarde eczematoase. Există şi forme intense, în care prin confluare se realizează veritabile bule, iar degetele se tumefiază şi devin dureroase. O formă frustă a dishidrozei, cu avortarea veziculelor, traducîndu-se doar prin descuamaţie în mici lambouri cornoase, este după unii autori aşa-numita *descuomaţie estivală a palmelor şi plantelor,* în arii circumscrise, care dispare în timpul iernii. În parte din cazuri se produc recidive primăvara şi vara mai mulţi ani la rînd.

Etio-patogenie. Atinge mai ales indivizii tineri ori cu un dezechilibru endocrino-simpatic. Acestea sînt condiţiile în care apare şi evoluează dishidroza adevărată sau tipul recidivant sezonier pe care cei mai mulţi dermatologi, acordîndu-i o autonomie relativă, o consideră ca o

Scanned with OKEN Scanner

formă clinică a eczemei. Ea se deosebește de „erupțiile dishidroziforme" de origine micotică (epidermofiții), erupții care fie că sînt expresia unei manifestări de sensibilizare la distanță ale unui focar (picior), fie că sînt manifestări *in situ* ale agentului infecțios în cauză.

TRATAMENTUL

Vor trebui mai întîi cercetate sistematic și combătute eventualele focare microbiene și micotice (pliuri, spații interdigitale, plante). Dată fiind frecvența mare în timpul primăverii și al verii a erupțiilor dishidroziforme legate de un focar de epidermofitie interdigitală sau plantară, se poate face chiar în dishidrozele considerate adevărate cu titlul de probă și profilactic, începînd în primele luni de primăvară — un tratament antimicotic al spațiilor interdigitale ale picioarelor (badijonaje cu soluție alcoolică salicilo-iodată 1% sau pudraje cu talc boricat 2%).

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat numai în formele cu leziuni intense și profuze, însoțite de tumefacția dureroasă a degetelor, precum și în cazurile cu infecție piococică secundară.

Se vor utiliza în cele dintîi :

— *antihistaminice de sinteză :* Feniramin, Romergan, Nilfan și Clorfenoxamină, primele două eventual pe cale parenterală ca tratament de atac în primele 3—5 zile (vezi Eczemele, Urticaria) ;

— *corticoizi :* Prednison, Superprednol, Supercortisol și ACTH (vezi Eczemele), în cure mijlocii și doze moderate ;

— *sedative nervoase, tranchilizante și neuroleptice* (vezi Eczemele).

În timpul puseurilor va fi păstrată o dietă alimentară cu suprimarea conservatelor și condimentelor, precum și a băuturilor alcoolice.

TRATAMENTUL LOCAL

Este foarte asemănător celui din eczeme.

Se va începe cu comprese umede cu soluție de acid boric sau borax 2%, infuzie de camomilă sau Romazulan diluat, nitrat de argint 1/6 000, tanin-borax 5—10%, resorcină 1—2% (aceasta din urmă numai în formele nezemuinde, neinfectate). Compresele vor fi bine stoarse și schimbate cît mai des, timp de 24—48 de ore. Apoi se vor aplica :

— paste cu apă, alternînd eventual cu paste grase, la care se vor putea încorpora și corticoizi (vezi Eczemele) ; ulterior, după resorbția macroscopică a veziculelor se vor putea încerca și :

— topice conținînd corticoizi : Cornemin, Locacorten, Synalar (preferabil cremă), Triamcinolon, Tumizon (acesta mai tardiv, în faza de descuamație sau lichenificare).

În cazurile cu infecție secundară (cu piococi banali) se vor face mai întîi băi călduțe (30—45′ de două ori pe zi) (1—3 zile), cu soluții slab antiseptice (permanganat de potasiu 1/10 000, Rivanol 1/5 000, Fenosept 1—2

Scanned with OKEN Scanner

linguri la 1 litru de apă, sulfat de cupru 0,50 g la 2—3 litri), apoi se vor aplica 24 de ore comprese umede ca mai sus, trecîndu-se, după îndepărtarea crustelor şi a secreţiilor, la :

— badijonare cu soluţie apoasă de violet de genţiană 10% şi

— unguente cu antibiotice (tetraciclină 3%, neomicină 1% sau cloramfenicol 2—3%), la care ulterior se pot asocia şi corticoizi (hidrocortizon 1—2%) :

Rp. Tetraciclină 0,50 g
Lanolină
Vitamina A sol. uleioasă āā 5 g
Hidrocortizon 150—200 mg

sau cornemin, synalar N, cremă sau pomadă, Triamcinolon cu Saprosan (vezi Piodermitele şi Eczemele).

În formele rebele la tratamentele uzuale, cu tendinţă la eczematizare şi cronicizare, se va putea recurge auxiliar la radioterapie superficială, preferabil buckyterapie.

D. DERMATITA ATOPICĂ

Sub această denumire, Sulzberger (1935) grupează trei dermatoze caracterizate printr-o reacţie de tip eczematos, care apar la indivizi zişi atopici : eczema sugarului (infantilă), prurigoul Besnier şi neurodermita diseminată (generalizată) cronică. Împreună cu Hill, el stabileşte că fiecare din cele trei tipuri corespunde unei epoci de vîrstă : tipului infantil, evoluînd pînă la 2 ani, îi corespunde eczema infantilă, tipului juvenil, evoluînd de la 2 ani pînă la adolescenţă, îi corespunde prurigoul Besnier iar tipului adult îi corespunde nevrodermita diseminată.

Dermatita atopică se încadrează nosologic în conceptul de atopie, termen creat de Coca, în 1931, pentru a desemna o stare alergică întîlnită exclusiv la specia umană, controlată de influenţe ereditare şi diferind de anafilaxia experimentală prin faptul că în general este greu de reprodus la animal, în laborator. După opinia actuală a lui Pillsbury, unul din vechii susţinători ai concepţiei, atopia constituie numai „terenul" pe care manifestările considerate „atopice" au tendinţa să se dezvolte, dar nu se identifică cu ele. Azi se insistă tot mai mult, în ce priveşte etiopatogenia manifestărilor reacţionale citate, asupra concepţiei de autoimunitate (respectiv autoagresiune) şi de tulburări genetice de ordin enzimatic.

ECZEMA INFANTILĂ

Este o dermatoză freventă a sugarului, caracterizată prin placarde eritemato-veziculoase, zemuinde, pruriginoase, prost conturate, localizate simetric pe faţă, obraji, frunte, respectînd nasul, ochii, gura şi bărbia. Afecţiunea debutează între luna a doua şi a cincea de viaţă mai rar înainte de 2 sau peste vîrsta de 5 luni.

Evoluţia este cronică, în puseuri, alternînd cu faze de acalmie, dar nu de remisiune completă ; între puseuri eczemele iau aspectul de plăci eri-

temato-scuamoase uscate. Acutizările survin de cele mai multe ori fără o cauză aparentă, uneori după abateri de la regimul alimentar, tulburări digestive, erupții ale dinților, ingestia de către mamă a unor alimente iritante (condimentate). Placardele pot rămîne pe locurile pe care au apărut sau pot să se extindă către gît, urechi ori pielea capului, mai rar pe trunchi. Agravarea și întinderea leziunilor survin adesea după tratamente iritante, intempestive, pielea capului manifestînd în general o sensibilitate crescută. Pot surveni unele complicații : infecții secundare (impetiginizări), pustuloza variceliformă Kaposi-Juliusberg, caşexia eczematoasă Marfan, moartea rapidă, acestea două din urmă — excepțional întîlnite — implicînd un anume teren și o stare precară a copilului bolnav.

Etiopatogenie. Se atribuie eczemei infantile un caracter familial și ereditar (eczemă, prurigo sau astm la ascendenți). Un rol îl joacă tipul constituțional al copilului (copii blonzi, cu pielea slab pigmentată, astenici, subnutriți, mai frecvent însă grași, păstoși, depășind greutatea normală). Alimentația pare să joace un rol mai mic decît acela atribuit altădată. O intoleranță specifică propriu-zisă, față de un anumit reactogen (atopen), alimentar, nu a putut fi demonstrată. Au fost incriminate pe rînd : albuminele, în special cele din lapte și ou, glucidele, în special din făinile de grîu și ovăz ; au fost incriminate și antigene inhalante, ca polen, pene, păr etc. Unii autori vorbesc de carențe în acizi grași nesaturați, a căror concentrație în sînge ar fi scăzută cu peste 80% la sugarii eczematoși. Această ipoteză și-a găsit o oarecare confirmare în acțiunea uneori favorabilă a tratamentului cu vitamină F. După Longhin și colaboratorii, un rol în întreținerea și agravarea eczemei sugarului îl are disbioza intestinală consecutivă tulburărilor digestive. În unele cazuri se constată asocierea cu astmul, puseurile de eczemă alternînd cu cele astmatice. Pentru alții (Degos), eczema sugarului s-ar încadra în grupul eczemelor constituționale, condiționate de o diateză familială, ereditară, predispoziție cu care copilul se naște.

TRATAMENTUL GENERAL

Totodată, curativ și preventiv, pentru evitarea reșutelor, se vor urmări :

a) *Reglementarea regimului alimentar :* nu va fi instituit un regim prea sever, care poate duce la denutrirea copilului. Va fi redusă cantitatea laptelui prin suprimarea unor supturi (cel de noapte), înlocuindu-le cu babeurre, ceaiuri ușor îndulcite, sucuri de fructe etc. sau, în caz de alăptare artificială, laptele va fi degresat, fiert 30 de minute sub presiune și diluat cu ceai.

Rațiile alimentare și lichidele vor fi reduse în general la copiii grași, pînă vor fi readuși la greutatea normală. Legumele vor fi fierte și administrate sub formă de pireu fin. Pentru aportul de vitamine se adaugă între mese cîteva linguriță de zeamă de morcovi, lămîie. Proteinele vor fi administrate cu atenție pentru a se observa eventuale intoleranțe.

Nu trebuie uitat ca mama care alăptează să evite pe cît posibil băuturile alcoolice și condimentele.

Scanned with OKEN Scanner

b) *Corectarea tulburărilor digestive* prin regim alimentar adecvat şi tratament medicamentos prescris şi supravegheat de specialistul pediatru. Pentru reechilibrarea florei intestinale fiziologice îşi găsesc o indicaţie majoră derivaţii oxichinoleinei : Saprosan, microtablete a 10 mg, administrate *per os,* un microcomprimat/kilocorp/24 de ore eventual în clisme (dizolvat în 100 ml apă) sau Mexaform P, suspensie conţinînd 8 g Vioform şi 0,8 Entobex în suspensie în 10 ml excipient, se administrează în cantităţi de 5—10 picături, de trei ori pe zi.

Vor fi evitate pe cît posibil alergenele inhalate (praf de casă, polen, animale, păsări), căldura excesivă, săpunul, îmbrăcămintea din plastic şi lînă.

Se va evita contactul cu bolnavii de variolă sau herpetici.

Patogenic şi simptomatic se vor administra :

— *antihistaminice de sinteză,* Feniramin (la copiii sub 3 ani cîte 1 comprimat de 0,01 g în 2 prize), Romergan (cîte 0,5—1 mg/kilocorp/24 de ore în drajeuri, sirop sau supozitoare) ;

— *sedative nervoase şi neuroleptice :* Clordelazin (1—2 mg/kilocorp/24 de ore), Fenobarbital 0,015 g o dată — de trei ori/24 de ore, maximum 3 cg în 24 de ore sub 1 an, 4,5 cg între 1 şi 2 ani ; novocaină soluţie 0,25% (cîte 2—3 linguriţe/24 de ore), cloralhidrat în poţiune.

Rp. Cloralhidrat 0,50 g
Sirop 45 g
D.S. int. cîte 2—3 linguriţe pe zi ;

— procedee şi medicamente cu acţiune desensibilizantă, în general puţin eficace, rar utilizate azi : maternohemoterapia, preferabil hemoterapiei cu sînge conservat, citratat şi iradiat (vezi Eczemele), în doze crescînde, de la 0,1 la 2 ml la 2—3 zile (primul procedeu comportînd riscul dezvoltării anticorpilor Rh la copil) ; injecţii subcutanate cu lapte, sterilizat prin fierbere, la 3 zile, cîte 0,2—2 ml) ; peptonă polivalentă, administrată *per os.* Un procedeu cu rezultate favorabile este acela mixt, cu calomel cîte 1 centigram în 10—15 centigrame lactoză, pentru un pachetel, administrat în trei prize, înainte de mese, la 2 zile ; în zilele intermediare se administrează hiposulfit de sodiu, cîte trei linguriţe din soluţia 10/250 sau, după autorii francezi, calciu lactic, cîte 1—1½ tablete/24 de ore în trei prize înainte de mese ; durata acestui tratament este de 20 de zile, cîte 10 zile din fiecare medicament ;

— *vitaminoterapie :* vit. B_2 (riboflavină), cîte 1/2 fiolă de 5 mg la 2 zile ; vit. B_6 (piridoxină), cîte 5—10 cg pe zi ; vit. B_{12} în doze de 10—15 γ pe zi (pentru rolul ei în sinteza proteinelor) ; vit. P (rutosid, ascorutin), cîte 2 cg pe zi (cu acţiune favorabilă asupra exsudaţiei) ; vit. D_2 cîte 15 mg pe lună, în picături soluţie uleioasă timp de 2—3 luni ; vit. A. cîte 30 000 u. zilnic (1 ml sau 30 de picături soluţie uleioasă sau cîte 10 picături/24 de ore din soluţia de Vitamină A, palmitat, timp de 5—6 săptămîni), şi în special vit. F, cîte 1 picătură/24 ore la copiii între 1 şi 3 luni ; cîte 2—3 picături/24 de ore la cei de 4—6 luni ; cîte 4—5 picături/24 de ore între 7 şi 12 luni şi 5—6 picături/24 de ore cei peste

Scanned with OKEN Scanner

1 an, timp de 4—6 săptămîni, eventual în asociaţie cu vit. A şi D_2. Se poate da ca atare sau încorporată în pireuri, supe.

— *corticoterapia* trebuie rezervată cazurilor cu leziuni intense şi tendinţă la extindere, precum şi în formele grave, cu colaps ; administrarea corticoizilor trebuie făcută în cure scurte şi doze moderate : Prednison compr. a 1 mg, cîte 1 mg/kilocorp/24 de ore, timp de 3—4 zile, după care doza se scade progresiv cu cîte 1 mg (o tabletă) în 24 de ore.

Dacă se constată că este în cauză un anumit alergen se va proceda la desensibilizarea faţă de acesta.

TRATAMENTUL LOCAL

Este foarte important, uneori fiind singur în măsură să jugulеze puseurile sau chiar să albească leziunile. El constă în :

— comprese umede cu acid boric 2% (nu se aplică pe suprafeţe mari), sol. Burow 1/40 sau Romazulan diluat, şi eventual atingeri la 2 zile cu o soluţie de nitrat de argint 1—2% ;

— după diminuarea inflamaţiei şi exsudaţiei se va trece la pasta cu apă Darier (talc, oxid de zinc şi glicerină în părţi egale, apă q.s. o pastă moale), alternînd cu paste grase, la care în caz de infecţie secundară, se încorporează neomicină 0,5 g% şi hidrocortizon 1% ; apoi se trece la creme şi pomezi conţinînd corticoizi : Cornemin, Locacorten, Synalar cremă (Synalar unguent, Triamcinolon) ;

— este deosebit de indicat aci Terra-Cortryl-ul, flacon *spray*, în pulverizaţii, de două-trei ori pe zi (vezi Eczemele). Pomezile vor fi continuate cîtva timp chiar după atenuarea sau albirea leziunilor ;

— un procedeu clasic, dar adesea eficace, constă în aplicarea gudronului de huilă (coaltar), în stare pură prin pensulări periodice urmate de pudraj cu talc ; gudronul poate fi încorporat în concentraţie de 1—3% într-o pastă grasă (Lassar), la care se poate adăuga şi hidrocortizon 1—2%.

E. NEURODERMITA [PRURITUL CIRCUMSCRIS CU LICHENIFICARE; LICHEN SIMPLEX (VIDAL)]

Este o formă particulară de lichenificare, înrudită prin forme de trecere cu grupul eczemelor şi cu al prurigourilor.

Simptome. Avînd ca sediu electiv feţele laterale ale gîtului, ceafa, feţele interne ale coapselor în treimea lor superioară, spaţiile poplitee, regiunile ano-genitale, neurodermita debutează prin prurit (de unde denumirea de prurit cu lichenificare), limitat la o zonă circumscrisă a tegumentelor. Sub acţiunea unor factori favorizanţi (scărpinat, frecare de veşminte, macerare prin secreţie sudorală, iritabilitate nervoasă), pielea devine roşie-violacee şi uşor aspră, infiltrîndu-se treptat ; şanţurile normale ale pielii se adîncesc lăsînd să apară pseudopapule romboidale, lucitoare, lichenoide. Mai rar se formează papule emisferice, distincte între ele.

Placardul constituit, vag ovalar sau alungit, variabil ca dimensiuni, cu contururi puţin nete, virează cu timpul de la nuanţa roşie violacee spre

una brunie, acoperindu-se la suprafață cu scuame fine, uneori cu scuame groase, cornoase.

Leziunile pot fi unice sau multiple, dispuse simetric. Evoluția lor este variabilă, în general mai multe luni sau ani, adesea cu caracter recidivant.

Etio-patogenie. Ceea ce deosebește neurodermita de alte tipuri de lichenificare este caracterul „primitiv" al apariției sale, în pielea sănătoasă. Intervin însă foarte probabil în determinarea sa factorul nervos și mecanismul alergic, la care se adaugă și un factor de predispoziție constituțional și probabil tulburări endocriniene și gastro-intestinale cronice (frecvent hipoclorhidrie gastrică).

TRATAMENTUL GENERAL

Etiologic. Se vor cerceta și corecta eventualele tulburări digestive cronice (îndeosebi hipoclorhidria) și cele hormonale (tiroidiene, ovariene) (vezi Eczemele).

Se vor administra: sedative nervoase, tranchilizante și neuroleptice (vezi Eczemele) preferabil în asociație (coctail neuroleptic și sedativ). *Patogenic.* Antihistaminice de sinteză (vezi Eczemele), iar în cazurile rebele la tratamente uzuale sau cu tendință la extindere a leziunilor se vor putea administra și corticoizi, în doze medii și cure de scurtă durată (vezi Eczemele). Se vor putea încerca și citostatice în doze mici (Longhin) (de exemplu Clafen, Endoxan), 5—10 mg/24 de ore *per os* sau parenteral (intravenos) această din urmă cale fiind mai eficace. Curele vor fi de 10—12 zile iar bolnavii vor fi supravegheați hematologic.

TRATAMENTUL LOCAL

Dacă leziunile sînt zemuinde și crustoase sau infectate prin scărpinat, se va începe prin aplicarea de comprese umede cu soluții slab antiseptice (acid boric sau borax 20‰, Rivanol 1/2 000, Fenosept 1 lingură la 1 litru de apă etc.), care vor fi schimbate des timp de 1—2 zile; după îndepărtarea secreților și crustelor se vor aplica paste cu apă, alternînd cu paste grase conținînd neomicină 1% și hidrocortizon 1—2% (vezi Eczemele), mai tîrziu unguente cu corticoizi (Cornemin, Locacorten, Synalar N, cremă și apoi pomadă, Triamcinolon cu saprosan, recomandabil sub pansamente ocluzive schimbate la 24—48 de ore). Se mai pot practica infiltrații intradermice cu hidrocortizon diluat cu Xilină (1 fiolă a 25 mg de hidrocortizon cu 1 ml Xilină 1%) repetate la 3—4 zile.

În caz de leziuni rezistente se vor asocia corticoizilor și substanțe exfoliante și reductoare: acid salicilic 1—2%, sulf precipitat 1—3%, gudron mineral 2—3%, ihtiol 1—3%, tumenol 2—3%, oleu cadic 3—5%, crisarobină 3—5%, cignolin 0,25—0,50% ș.a.

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Acid salicilic 0,30 g

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Acid salicilic 0,20 g
Gudron 0,50 g

Rp. Acid salicilic 0,10 g
Sulf precipitat
Oleu cadic āā 0,50 g
Hidrocortizon 200 mg
Cutaden 8 g (circa 1/3 tub)

Rp. Acid salicilic 0,05 g
Cignolin 0,10 g
Hidrocortizon 200 mg
Cutaden 8 g

Tumizon unguent, conținînd, în asociație, hidrocortizon 1% și tumenol 3%.

Tratamentul local va fi continuat încă o perioadă de 5—7 zile după vindecarea clinică, pentru a preveni eventualele recidive.

În neurodermitele foarte rebele se vor mai putea utiliza :

— badijonări săptămînale (sau mai rar) cu soluție apoasă de acid tricloracetic 20—33% ;

— *crioterapie*, sub presiune moderată, în ședințe săptămînale (sau mai rar) ;

— *refrigerație* cu clorură de etil (kelen) în ședințe repetate la 5—7 zile.

În intervalele dintre ședințe se vor aplica unguente cu corticoizi sau simpla pastă cu apă.

Rp. Talc
Oxid de zinc
Glicerină āā p.e.
Apă q.s. pentru o pastă moale

sau grase (Jecozinc, Cutaden), pentru a grăbi dispariția fenomenelor inflamatorii, dureroase, produse de cauterizări ;

— *radioterapia superficială* (vezi Eczemele) este adesea urmată de recidive.

G. PRURITURILE

Pruritul este un simptom subiectiv, foarte frecvent în patologia cutanată, însoțind o serie de dermatoze, dar poate apărea izolat și în afara leziunilor pielii, în cursul unor afecțiuni nedermatologice (parazitoze, autointoxicații prin dispepsii gastro-intestinale sau dereglări hepato-biliare cronice, sarcină, diabet, disendocrinii, intoxicații medicamentoase, boli ale sîngelui, tulburări neuropsihice). Există, în sfîrșit, pruritul care se identifică cu însăși boala, constituind singura ei manifestare pe toată durata ei sau pe o mare parte a acesteia ; acestea constituie așa-numitele pruriturii cronice : pruritul senil, pruritul genital și pruritul anal, cele două din urmă frecvent coexistente (pruriturii anogenitale). Mecanismul intim constă

Scanned with OKEN Scanner

în excitarea nervilor plexului subepidermic de către enzime proteolitice eliberate de epiderm, ca rezultat al unei iritaţii primare sau al unor reacţii alergice.

PRURITUL SENIL

Apare după vîrsta de 60 de ani, fiind mult mai frecvent la bărbaţi decît la femei. La început uşor şi temporar, cu timpul se generalizează, se intensifică şi se permanentizează. Pielea este uscată, uşor atrofică şi scuamoasă, palidă, fără leziuni vizibile, nelichenificată.

Etiopatogenia este obscură. Au fost invocate: involuţia senilă a pielii, cu tulburări nervoase, centrale şi periferice şi cu modificări de pH (ale mantalei acide), factorul endocrin sexual şi autointoxicaţii cu diverşi metaboliţi.

TRATAMENTUL GENERAL

În absenţa unei etiologii certe se va prescrie o medicaţie simptomatică şi patogenică, constînd în administrare de:

— *sedative nervoase şi hipnotice:* Bromosedin granule, Bromoval comprimate, Bromură de calciu fiole, Ciclobarbital comprimate şi, mai ales, Fenobarbital comprimate a 10 cg şi 15 mg, Extraveral comprimate, Hipnogal sirop, nervocalm sirop, sulfat de magneziu fiole (intravenos) (vezi Eczemele).

Pentru o mai mare eficienţă, sedativele şi hipnoticele pot fi asociate cu neuroleptice: Clordelazin comprimate, Romergan şi, mai ales, Levomepromazin, comprimate a 20 mg (Nomazin) sau 2 mg (Minozinan); se va începe cu acest din urmă dozaj cîte 1—3 comprimate/24 de ore, crescînd doza în funcţie de toleranţă, intensitatea pruritului şi rezultatele obţinute. Pentru a preveni ameţeala care poate apărea prin efectul hipotensor ortostatic, se recomandă ca după primele prize bolnavul să stea culcat 30—45 de minute;

— *antihistaminicele de sinteză* intervin favorabil mai mult prin acţiunea lor analgetică centrală şi sedativă asupra sistemului nervos: Clorfenoxamină comprimate şi, mai ales, Romergan, drajeuri şi sirop (vezi Eczemele).

Rezultate favorabile pot fi obţinute prin asocieri în doze mici de neuroleptice cu antihistaminice, sau antihistaminice cu corticoizi. Se mai prescriu hormoni androgeni:

— Testosteron, fiole a 10 şi 25 mg propionat de testosteron, în soluţie uleioasă injectabilă. Se administrează în cure de 10—12 injecţii, cîte 2 fiole a 25 mg sau cîte 3 a 10 mg pe săptămînă, sau androgeni cu importante proprietăţi anabolizante:

— *Madiol,* comprimate şi fiole a 25 mg metilandrostendiol, în cure de 3—4 săptămîni, cîte 3 comprimate /24 de ore, sublingual, sau o fiolă la 2 zile intramuscular;

— *Naposim (Dianabol),* comprimate a 5 mg metilandrostenolon; se administrează în cure de 3—4 săptămîni, cîte 2 comprimate/24 de ore;

Scanned with OKEN Scanner

— *Clortestosteron acetat*, în suspensie apoasă, în flacoane de 10 ml, cîte 1—2 ml zilnic intramuscular, în cure de 3—4 săptămîni.

Curele de androgeni anabolizanți vor putea fi reluate după o pauză de 1—2 luni ; se vor administra cu prudență la cei cu prostatită cronică (contraindicați în adenomul de prostată și la cei cu hipertensiune arterială) ;

— pot fi încercați în cazuri de eșec și hormonii heterosexuali : Dietilstilbestrol sau Sintofolin, cîte 2—3 comprimate/24 de ore, în cure de 2—3 săptămîni, repetate după 1—2 luni, după caz,

— în pruritul senil al femeilor se vor administra hormoni homo- sau heterosexuali (vezi Kraurosisul vulvar).

Se mai pot prescrie *citostatice* (vezi și Micozisul fongoid) în doze mici, cu efecte adesea favorabile (Longhin) :

— *Clafen*, cîte 10 mg zilnic, lent intravenos (se va dizolva un flacon conținînd 100 mg ciclofosfamidă în 10 ml apă distilată, din care se va administra 1 ml ;

— *Methotrexat*, comprimate a 2,5 mg, cîte un comprimat de două ori pe săptămînă. Se va administra timp de 2—3 săptămîni, cu multă prudență, din cauza toxicității crescute a preparatului, controlîndu-se săptămînal hemograma. Au mai fost preconizate :

— vitamina C (1—1,5 g/24 de ore intravenos, 30—45 de zile ;

— complexe vitaminice : Electovit, 2—3 drajeuri/24 de ore sau Viplex, 3 drajeuri/24 de ore, în cure de 1—2 luni, repetate la intervale egale de pauză ;

— insulină, în doze mici, 5—10 u.i./24 de ore, subcutanat, la cei cu tendință la hiperglicemie și

— soluție glucozată, intravenos, la cei cu tendință la hipoglicemie ;

— extracte hepatice : Rovitrat fiole și Neohepar fiole cîte una la 2 zile, intramuscular, în cure de 10—15 fiole ;

— extracte splenice dezalbuminizate ;

— preparate sulfuroase : Folcisteină, 1 fiolă la 2 zile, în cure repetate, cîte 15—20 de injecții.

Se vor cerceta și corecta eventualele tulburări metabolice (colesterolemie, uricemie, glicemie) și digestive cronice care pot constitui factori favorizanți. Se va recomanda o alimentație igienică, fără excitante, condimente și băuturi alcoolice.

Se vor evita schimbările bruște de temperatură, lenjeria de corp aspră (lînă), flanelele de bumbac nemercerizat etc.

TRATAMENTUL LOCAL

Se recomandă băi sau dușuri călduțe, evitînd pe cît posibil săpunurile, care vor fi înlocuite cu o emulsie de gălbenuș de ou (gălbenușul se bate bine cu puțină apă călduță, apoi se utilizează ca săpunul, după care se clătește cu apă caldă) ;

— badijonări cu loțiuni conținînd substanțe antipruriginoase și acidifiante (pentru reechilibrarea pH-ului cutanat fiziologic : acid salicilic 1%, acid lactic 2—3%, acid tartric 2—3%, acid acetic conc. 2—3% (sau oțet 10—20%), mentol 0,30—0,50%, fenol 0,50—1%, Xilină 0,10—20%, Clor-

Scanned with OKEN Scanner

fenoxamină 1—2%, anestezină 2—3% în alcool de 70°, la care se asociază şi glicerină 5—10%. La indivizii cu pielea foarte uscată, ingredientele se vor putea încorpora în aceleaşi proporţii în glicerolat de amidon sau în liniment oleo-calcar, care vor fi prescrise ca atare ;

— corticoterapia are efecte antipruriginoase remarcabile, dar tranzitorii (Locacorten, Synalar, cremă sau pomadă, Cornemin, Triamcinolon) ; este recomandabil ca să fie aplicate pe zone limitate, pentru a evita riscul de absorbţie ;

— în cazurile foarte rebele se poate încerca radioterapia superficială pe sectoare (teleradioterapie) sau radioterapia radiculo-medulară funcţională.

PRURITUL VULVAR

Este un prurit localizat, în general intens, adesea cu crize violente. Spontan, sau prin scărpinat ori prin tratamente neadecvate, intempestive, se pot produce cu timpul eczematizări şi lichenificări. Cauzele pot fi externe : leucoree (hormonală, prin metro-anexite banale, vaginite tricomonazice şi candidozice) (vezi Candidozele), uretrite, cistite (cel mai adesea colibacilare), cancer uterin, intertrigouri inghino-vulvare microbiene şi micotice, substanţe medicamentoase (anticoncepţionale, parfumuri, dezodorizante, săpunuri), ftiriază, kraurozis vulvar (vezi Kraurozis), oxiuroză, lichen scleroatrofic, lichen plan, psoriazis. Alteori cauzele pot fi generale, interne, adesea complexe, greu de precizat ; pot juca un rol etiologic : diabetul, anemiile hipocrome, iritabilitatea nervoasă şi mai ales tulburările endocrine gonadice.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi în primul rînd etiologic, identificîndu-l cu acela al afecţiunii în cauză (vezi Eczemele, Intertrigourile microbiene şi micotice, Candidozele vaginale, Kraurozisul vulvar) etc.

— **Tricomoniaza** va fi tratată cu Metronidazol, comprimate orale 250 mg cîte 2—3/24 de ore şi comprimate vaginale a 500 mg, cîte unul în fiecare seară, introdus profund în vagin. Durata tratamentului este de 10—12 zile (local 15 zile). Prealabil introducerii comprimatului vaginal se vor face irigaţii cu Fenosept ((1—2 linguri la 1 litru de apă călduţă). Tratamentul va fi reluat după 10 zile pauză.

Concomitent este indicat să se administreze Stamicin ((2—3 drajeuri/24 de ore) pentru a preveni o posibilă candidoză buco-intestinală şi vitamine din grupul B (B complex, Cavit 9).

— În cazurile cu cistite colibacilare se vor prescrie chimioterapice de tip furazolidon, nitrofurantion, sulfametin ((Bayrena, Dulana) sau bacteriofag anticoli, fiole buvabile, cîte una dimineaţa pe nemîncate, cu puţină apă bicarbonatată după care nu se va ingera nimic timp de 2 ore. În perioada de tratament cu bacteriofag, care se face în cure de 4—5 zile, repetate după 4 zile de pauză, nu se va administra pacientului nici un antibiotic.

Scanned with OKEN Scanner

— Vor fi corectate tulburările hormonale climacterice şi extraclimacterice, după caz (în colaborare cu specialistul endocrinolog), cu estrogeni, gestageni sau androgeni (preferabil androgeni anabolizanţi, slab virilizanţi) (vezi şi Eczemele şi Kraurosis vulvar).

Simptomatic se vor prescrie :

— *sedative nervoase şi hipnotice, tranchilizante şi neuroleptice,* în special Levomepromazin (vezi Eczemele şi Pruritul senil), deosebit de utile în timpul crizelor (de multe ori pruritul genital este psihogen) ;

— *corticoterapie* (Supercortisol sau Prednison). Se vor utiliza tranzitoriu, numai în timpul crizelor intense, în doze medii şi cure scurte ;

— *antihistaminicele de sinteză* au efecte mediocre, dar pot da unele rezultate în asociere cu doze mici de corticoizi.

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor aplica pe mucoase şi tegumentele limitrofe :

— unguente şi, mai ales, creme cu corticoizi : Locacorten, Synalar cremă sau pomadă, Triamcinolon ; formele în flacon *spray* sînt foarte bine tolerate (Terra-cortryl). Aplicaţiile se vor face de trei-patru ori pe zi ;

— corticoizilor li se vor putea asocia şi analgetice şi antipruriginoase, în creme şi pomezi.

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Xilină 0,20 g
(1½ ml din fiola conţinînd Xilină 2%)

— estrogenii încorporaţi în unguente, ca şi în ovule vaginale, dau uneori rezultate în fazele de hipofoliculinemie a menopauzei.

Se mai pot practica : electrocoagulare punctată (sub anestezie locală), introducînd acul în cît mai multe puncte ; se fac mai multe şedinţe la intervale de 1—2 săptămîni şi infiltraţii intralezionale cu hidrocortizon diluat 1/2 cu Xilină 2%.

— Radioterapia superficială dă rezultate mediocre, de obicei tranzitorii (este prescrisă de menopauză). Mai eficace este uneori radioterapia funcţională (paravertebrală lombară).

În cazurile cu leziuni infectate, eczematizate şi lichenificate se va aplica un tratament asemănător eczemei infectate secundar sau lichenificate (vezi Eczemele).

PRURITUL SCROTAL

Are o evoluţie cronică, cu caracter recidivant, complicîndu-se frecvent cu lichenificare şi eczematizare.

Etiologia este imprecisă. Ar putea să joace un rol tulburările cronice gastro-intestinale şi legat de aceste tulburări în sinteza şi resorbţia unor acizi aminaţi şi vitamine, în special din grupul B — alimentaţia carenţată, factorul nervos (iritabilitate psihică, nevroze astenice), factorul endocrin ; adesea intervin şi factori locali (dermite de contact, lipsa unei igiene locale

Scanned with OKEN Scanner

și vestimentare). A mai fost incriminat rolul probabil al unor focare septice și inflamatorii de vecinătate, cum ar fi prostatitele cronice.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi pe cît posibil etiologic. Se vor administra sedative nervoase și hipnotice, neuroleptice etc. (vezi Eczemele, Pruritul senil), și eventual hormoni masculini (vezi Pruritul senil). Se vor corecta eventualele tulburări digestive și se vor da vitamine din grupul B, în special B_2 10—20 mg zilnic, administrat parenteral, în injecții intramusculare.

În caz de suspiciune a unui focar inflamator septic prostatic se vor administra antibiotice adecvate și tratamentul complementar al prostatitei (se pot practica infiltrații locale periprostatice cu penicilină).

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor aplica creme și unguente conținînd substanțe analgetice, antipruriginoase și corticoizi (vezi Pruritul vulvar). În formele lichenificate, eczematizate, se va face un tratament asemănător neurodermitei și eczemei (cignolinul va fi aplicat cu multă prudență).

Efecte favorabile pot avea cauterizările săptămînale cu o soluție slabă de acid tricloracetic 10—20% și infiltrațiile intradermice cu hidrocortizon diluat 1/2 cu xilină 2%.

Roentgenterapia locală este proscrisă ; poate fi încercată radioterapia paravertebrală funcțională.

PRURITUL ANAL

Este foarte frecvent în special la bărbați, complicîndu-se adesea cu fisuri, lichenificare și mai rar eczematizare (intertriginizare). Cauzele sînt externe (dermite de contact, traumatisme, intertrigo) și interne (dispepsii cronice, diareice sau cu constipație, candidoze intestinale, lambliaze, oxiuroze), mai rar diabet, anemii hipocrome, leucooze, leziuni ale unui organ vecin (vezica urinară, prostata), care determină un pnurit reflex (Jaquet) sau rectite, hemoroizi, polipi ; factorul nervos este foarte probabil. Rectoscopia decelează adesea o proctită sau o ulcerație torpidă. De multe ori pruritul anal apare fără o cauză evidentă.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi în primul rînd **etiologic,** combătînd atît cauzele generale, cît și cele locale, prezente ; se va insista în special asupra *corectării tulburărilor digestive cronice* (constipație, sindroame diareice), care implică adesea prezența unei ano-proctite, cu sau fără hemoroizi. În caz de prurit, complicat cu un intertrigo candidozic sau mixt (microbian și mixt), este foarte indicată o cură cu derivați de oxichinoleină (vezi Eczemele) ; *Saprosan,* cîte 3—6 drajeuri a 100 mg/24 de ore, după mese, timp de 10—15 zile ; se poate repeta după o pauză de 10 zile ; *Cifoform,* comprimate a 250 mg,

Scanned with OKEN Scanner

cîte 2—3/24 de ore după mese, în cure de 10—15 zile ; *Mexaform,* 3 comprimate/24 de ore după mese.

În cazurile complicate cu un intertrigo microbian, de obicei cu preponderența streptococului, se va proceda la imunoterapie cu anatoxină streptococică în doze progresiv crescînde (0,1—0,5 ml), la 2 zile, subcutanat (vezi Eczemele microbiene).

În pruritul prin oxiuroză intestinală, care va fi cercetată sistematic în orice prurit anal, se vor administra :

—*Nematocton (Vermicid)* comprimate a 300 mg de piperazinum adipicum și în soluție cu 10 și 20% piperazinum hydratum ; se administrează cîte 6 comprimate sau cîte 2—2 1/2 linguriţe din soluția de 20%/24 de ore în trei prize, înaintea meselor principale, la adult, cîte un comprimat an de vîrstă/24 de ore la copiii pînă la 6 ani, și cîte trei comprimate/24 de ore, în trei prize, la copiii peste 7 ani, din soluție se administrează cîte 50—75 mg/kilocorp/zi — în 3 prize. Tratamentul durează 4 zile și se va repeta după 7—8 zile pauză ;

Vermigal în suspensie orală 1% de pamoat de pirviniu. Se administrează în doză unică, în medie cîte 5 mg/kilocorp ; o linguriță conține aproximativ 5 ml suspensie (50 mg principiu activ), ceea ce revine la 5—6 linguriţe (250—300 mg) la adulți, 1/2 linguriță (25 mg) la copii de 5 kg, o linguriță (50 mg) la copii de 5—10 kg.

Tratamentul se repetă după 3—4 săptămîni ;

— *Oxiuran,* drajeuri a 10 mg (pentru copii) și 25 mg (pentru adulți) pentametilpararozanilină. La adulți se administrează cîte 6 drajeuri/24 de ore în trei prize, la copii 10 mg/an de vîrstă și 24 de ore, în trei prize. Durata tratamentului este de 7 zile, fiind repetat după 7 zile pauză.

Simptomatic se vor administra : sedative nervoase și hipnotice, neuroleptice și tranchilizante (vezi Eczemele, Pruritul senil etc.), care vor putea fi asociate cu antihistaminice de sinteză (vezi Eczemele) și cu corticoizi în doze mici (Supercortizol 10—15 mg/24 de ore, Prednison 15—20 mg/24 de ore).

În cazurile rebele, fără etiologie precizată se vor încerca citostatice : Clafen sau Methotrexat (vezi Pruritul senil).

TRATAMENTUL LOCAL

Este mai eficace decît cel general. Va fi individualizat în raport cu factorii etiologici care intervin și cu intensitatea pruritului.

Pentru pruriturile complicate cu intertrigo candidozic sau microbian vezi Eczemele microbiene și candidozice.

Simptomatic se vor aplica topice conținînd substanțe cu acțiune analgetică-antipruriginoasă :

— unguente cu corticoizi (Locacorten, Cornemin, Synalar simplu sau N, Triamcinolon, și mai ales Triamcinolon cu saprosan ;

— unguente cu corticoizi și substanțe reductoare (vezi Eczemele și Pruritul genital).

Rp. Locaconten 15 g
Acid salicilic 0,10 g
Gudron sau

Scanned with OKEN Scanner

Ihtiol 0,30—0,50 g
D.S. ext. de trei-patru ori pe zi
sau Tumizon unguent (de trei-patru ori pe zi)

În caz de anită, proctită sau tromboflebită hemoroidală se prescrie concomitent și supozitoare cu :

Hemorsal, conținînd un complex de substanțe cu acțiune decongestivă, anestezică și vasoconstrictoare locală ; se introduc 1—2 supozitoare/24 de ore numai cîteva zile (risc de dermită de contact datorită novocainei). Se va putea asocia sau alterna cu :

Hemorzon, conținînd tetraciclină, hidrocortizon novocaină. Se introduce cîte un supozitor seara la culcare (după o baie călduță). În cazurile cu prurit intens se pot introduce 2—3 supozitoare.

În cazurile rebele și cu lichenificare (vezi și Eczemele și Pruritul genital) se mai pot practica :

— infiltrații intralezionale cu hidrocortizon și xilină ;
— extragere de lichid cefalorahidian (5—6 ml) ;
— radioterapie superficială și cu raze Bucky ; unii autori recomandă radioterapie funcțională (regiunea lombară inferioară) ;
— electrocoagulare punctată superficială (sub anestezie locală) și
— crioterapie sub presiune mică și de durată scurtă (cîteva secunde).

Se vor evita apa și săpunul.

H. PRURIGOURILE

Sub denumirea de prurigo sînt reunite dermatoze alergice de aspect divers, avînd ca leziune inițială, comună, o papulo-veziculă particulară, foarte pruriginoasă.

Schematic, prurigourile pot fi grupate în acute și cronice.

PRURIGOURILE ACUTE

PRURIGOUL STROFULUS AL COPILULUI

Simptome. Leziunea elementară, foarte caracteristică, este o mică papulă, cît un bob de piper, albă-roz sau albă-gălbuie, pe o bază eritemato-edematoasă urticariană, conținînd în vîrf o veziculă cu conținut seros. Prin scărpinat sau spontan, serozitatea se concretizează într-o minusculă crustă galbenă-brunie. Leziunile multiple, foarte pruriginoase, apar cu caracter eruptiv, în puseuri care durează 2—8 săptămîni, uneori și mai mult. Recidivele sînt frecvente. Prin scărpinare, leziunile se impetiginizează ușor.

Etiopatogenie. Este o afecțiune a primei copilării, foarte frecventă între 6 luni și 2—3 ani, la copii cu predispoziție ereditară, apărînd adesea în raport cu tulburări digestive, alimentație neadecvată, erupții dentare, parazitoze intestinale (oxiuri, ascarizi etc.).

Evoluție. După vîrsta de 2—3 ani, afecțiunea dispare complet sau se continuă cu o formă comună de prurigo, mai atenuată și cu recidive

Scanned with OKEN Scanner

mai puţin intense şi dese, putîndu-se prelungi pe toată durata celei de a doua copilării.

TRATAMENTUL GENERAL

Etiologic. Se vor trata în primul rînd tulburările digestive, respectiv disbioza, cu Cloramfenicol drajeuri a 125 mg (pentru copii) sau sirop (palmitat de cloramfenicol), Saprosan (microtablete de 10 mg, cîte 10 mg/kilocorp, *per os* sau în clisme, pînă la 3 ani, o instilaţie de 100 ml apă), Mexaform, Ftalilsulfatiazol (Talazol) 125—150 mg/kilocorp, la intervale de 6 ore. Se va corecta şi alimentaţia, suprimîndu-se alimentele cunoscute ca nocive în general sau precizate prin interogatoriu, îndeosebi spanacul, căpşunile, fragii etc. Mama care alăptează va ţine un regim cu alimente necondimentate şi neconservate. Laptele de vacă va fi ecremat şi redus cantitativ ; sau va fi înlocuit cu un lapte acidulat ; se va da un supliment de făinoase, fructe şi legume.

Patogenic. Se prescriu medicamente antialergice (vezi Eczema infantilă) :

— *antihistaminice de sinteză :* Feniramin 1-microcomprimat/24 de ore (pentru copii) sau Romergan 0,5—1 mg/kilocorp/24 de ore, în trei prize, în drajeuri sau sirop (mai bine tolerat) ;

— *corticoterapie :* Prednison (comprimate a 1 mg, în doze mici şi cure scurte, de 5—7 zile), corticoizii vor fi utilizaţi numai în cazuri de erupţii intense, care provoacă o mare iritabilitate, cu insomnie şi subnutriţie.

Se mai pot prescrie cu foarte bune rezultate în asociere calomel şi Calciu lactic (vezi Eczema infantilă), în cure de 20 de zile (10 zile Calomel şi 10 zile calciu lactic), cura putînd fi repetată la fiecare nou puseu ; Vitamină A + D_2 în cure de 3 săptămîni, cîte 5—10 picături/zi şi Vitamina F, cîte 3—15 picături, în raport cu vîrsta.

În formele piodermizate se va prescrie şi o scurtă cură de antibiotice de 2—3 zile (Tetraciclină 0,50 g, cîte 1 drajeu a 125 mg la 6 ore).

Ca măsuri de profilaxie generală se recomandă, ca şi în cazul copiilor cu eczemă infantilă, evitarea vaccinării antivariolice în timpul puseurilor cu leziuni exsudative, precum şi evitarea contactului cu purtători ai unui herpes sau ai unui herpes zoster (risc de contaminare şi declanşare a unei varicele).

TRATAMENTUL LOCAL

Tamponare de două-trei ori cu o mixtură conţinînd antibiotice, antipruriginoase şi corticoizi :

Tetraciclină 2 g
Cloramfenicol 2 g

sau

Neomicină 0,50 g
Acid salicilic 0,50—1 g
Anestezină 0,50—2 g

Scanned with OKEN Scanner

Xilină 2% 2—5 fiole a 2 ml
Hidrocortizon 200—300 mg
Talc
Oxid de zinc
Glicerină
Apă distilată
Alcool de 70° āā 20 g

Mixtura agitantă poate fi înlocuită ulterior cu o cremă de Hidrocortizon 1—2%, Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan (vezi Eczema infantilă). Se vor face băi cu sulfat de cupru, 0,5 g la o baie, în cazurile piodermizate şi băi calmante cu amidon (1/4 kg pentru o baie).

PRURIGOUL SIMPLU (COMUN) AL ADULTULUI (BROCQ)

Simptome. Debutează brusc, printr-un prurit generalizat urmat de o erupţie papulo-veziculoasă fără bază urticariană ; veziculele din vîrful papulelor sînt foarte discrete, fiind repede înlocuite, spontan sau după scărpinat, prin mici cruste sero-hematice, brune. Erupţia pruriginoasă are localizări ubicuitare, dar cu predilecţie pe feţele de flexie ale membrelor superioare, abdomen, regiunea lombosacrată. Prurigoul simplu, acut, nu se lichenifică, iar recidivele sînt rare.

Etiologia este complexă : tulburări digestive, iritabilitate nervoasă, căldură, transpiraţie.

TRATAMENTUL GENERAL (VEZI ŞI ECZEMELE)

Sînt indicate antihistaminice (Nilfan, Clorfenoxamină sau Feniramin, cîte 2—3 drajeuri, respectiv 2—3 comprimate/24 de ore, singure sau în asociaţie), sedative nervoase neuroleptice şi tranchilizante, îndeosebi Fenobarbital, Clordelazin, Levomepromazin.

Se mai prescriu : poţiunea cu hiposulfit de sodiu 20/300, Reticulin, Meprobamat.

În cazuri cu erupţii intense se poate recurge la corticoterapie în doze medii şi cure scurte (7—8 zile).

Se vor trata tulburările digestive prin medicamente eubiotice (Cloramfenicol 1 g/24 de ore, 6 zile, Saprosan, Cifoform, Mexaform, Ftalilsulfatiazol), în cure de 10—15 zile şi prin regim alimentar adecvat (vezi Eczemele, Neurodermita). Se vor evita căldura excesivă şi transpiraţia.

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor face tamponări cu mixturi sau loţiuni antipruriginoase (vezi Pruritul senil) sau topice cu corticoizi : Cornemin, Synalar, Locacorten, Triamcinolon (vezi Eczemele).

PRURIGOURILE SEZONIERE

Adesea erupţiile de prurigo au un caracter sezonier, recidivele reproducîndu-se mai mulţi ani de-a rîndul în acelaşi anotimp. O formă particulară o constituie prurigoul estival Hutchinson, care debutează în cea de a

Scanned with OKEN Scanner

doua copilărie, prin leziuni papulo-vezicuioase, grupate şi localizate pe părţile descoperite şi expuse la soare. Cu timpul se pot constitui pe obraji placarde eritemo-scuamoase, lichenificate, simulînd un lupus eritematos, leziuni care nu mai regresează în cursul iernii. Uneori este expresia clinică a unei porfirii (vezi Porfiriile).

TRATAMENTUL GENERAL

Este în linii mari asemănător cu acela al prurigoului simplu. În prurigoul estival se vor administra antipaludice (vezi Lupusul eritematos şi Porfiriile).

TRATAMENTUL LOCAL

În timpul verii se vor proteja părţile descoperite, vestimentar şi cu medicaţie fotoprotectoare (vezi Efelidele).

PRURIGOUL GRAVIDIC

Debutează către a patra lună de sarcină printr-un prurit intens, cu sediu principal pe spate, mîini, picioare, urmat de apariţia unor papule infiltrate, eritematoase. Dispare după naştere.

Prognosticul este benign, atît pentru mamă, cît şi pentru copil. Există cazuri rare în care violenţa pruritului duce la nervozitate exagerată, insomnii, necesitînd întreruperea sarcinii.

TRATAMENTUL GENERAL

Se vor administra bromuri în special Bromura de calciu o fiolă/24 de ore sau bromură de stronţiu, 2—3 linguri din poţiunea 20/300, antihistaminice (cu prudenţă) ; se vor corecta tulburările gastro-intestinale cronice, administrîndu-se după luna a patra eubiotice ale florei intestinale, Saprosan, Mexaform, Cifoform, Ftalilsulfatiazol (vezi Eczemele).

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor aplica : mixturi şi loţiuni antipruriginoase (vezi Pruritul senil), creme şi pomezi cu corticoizi : Cornemin, Synalar, Locacorten, Triamcinolon.

PRURIGOURILE CRONICE

PRURIGOUL CRONIC AL ADULTULUI (DARIER) (NEURODERMITA DIFUZĂ)

Debutează printr-un prurit violent, generalizat, adesea după un şoc psihic. Pruritul este mai intens în regiunile genitale, pliurile mari, membre şi faţă. El se însoţeşte de infiltraţii eritemo-edematoase urticariene şi de papulo-vezicule urmate de zemuire.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluţia este cronică, ajungîndu-se la o lichenificare difuză, aceasta devenind leziunea dominantă a afecţiunii pentru toată durata sa, care este de mai mulţi ani sau indefinită.

Etiologia a rămas încă neclarificată ; se implică factori multipli : nervoşi, psihici, hormonali (distiroidii, disovarii), sensibilizare la diverse alergene, predispoziţie constituţională în care intervin factori de ordin genetic şi care apropie mult acest tip de prurigo, de dermatita atopică şi de astm), tulburări gastro-intestinale cronice etc.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi în primul rînd *etiologic*, îndepărtîndu-se toţi factorii favorizanţi citaţi şi insistîndu-se în special asupra unor eventuale tulburări digestive : eubiotice ale florei intestinale (Saprosan, Mexaform, Cifoform) şi eupeptice (Triferment sau, dacă este cazul, Acidopeps sau limonadă clorhidrică 2‰), vitaminele grupului B (vezi Eczema constituţională şi Neurodermita). Au fost obţinute uneori rezultate prin implante Filatov (placentă sau piele).

Se mai prescriu : diverse medicaţii şi procedee cu acţiune desensibilizantă (vezi Eczema constituţională), sedative nervoase, hipnotice, neuroleptice şi tranchilizante, somnoterapie, cure balneo-terapice (ape feruginoase), climatoterapie helio-marină.

Corticoterapia (Prednison, Supercortisol, Superprednol şi ACTH) oferă rezultate de scurtă durată ; va fi utilizată numai pentru jugularea puseurilor intense cu leziuni urticariene şi prurit violent. Corticoizii vor fi prescrişi în cure scurte (8—10 zile) şi doze moderate.

Se pot încerca citostatice în doze mici (Longhin) Methotrexat, comprimate a 2,5—5 mg/24 de ore de două ori pe săptămînă, sau Clafen [10 mg/24 de ore, intravenos (vezi Pruritul senil)].

TRATAMENTUL LOCAL

Constă în băi repetate cu amidon (1/2 kg la o baie), după care se va face un tratament asemănător aceluia din neurodermită : onctiuni cu liniment oleo-calcar şi unguente conţinînd corticoizi ; antipruriginoase şi reductoare în concentraţii slabe.

Radioterapia superficială, dar mai ales teleroentgenterapia poate fi aplicată după eşecul diferitelor medicaţii.

PRURIGOUL NODULAR (HYDE)

Varietate rară de prurigo, care se întîlneşte mai ales la femeile de vîrstă mijlocie, în preajma menopauzei : se caracterizează prin mici noduli emisferici uneori globulari sau tuntiţi, de volumul unui bob de mazăre sau al unei alune, infiltraţi, duri, cu suprafaţa pigmentată, excoriată prin scărpinat, devenind cu timpul lichenificată şi hiperkeratozică. Leziunile, în număr

Scanned with OKEN Scanner

relativ limitat (pînă la 15—30), se localizează pe membrele şi toracele superioare ; ele sînt însoţite de un prurit „feroce", survenind în crize.

Cauza este necunoscută : sînt posibile tulburări neuroendocrine (ovariene).

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi orientat spre opoterapie cu estrogeni şi Testosteron (vezi Pruritul vulvar), administraţi concomitent sau alternativ, după diferite scheme şi proporţii, în raport cu tipul şi gradul disendocriniei. Sînt indicate în mod particular sedative nervoase şi hipnotice, neuroleptice şi tranchilizante (vezi Eczemele, Pruritul vulvar).

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor încerca : infiltraţii cu xilină 1%, alcool, Romergan (Degos) şi Hidrocortizon [o fiolă (25 mg) (asociaţie 1 ml xilină 2%) de două-trei ori pe săptămînă]. Concomitent se vor aplica, sub pansamente ocluzive, unguente cu corticoizi îndeosebi Locacorten, Synalar şi Triamcinolon.

PRURIGOUL HEBRA

Astăzi întîlnit excepţional, debutează în cea de a doua copilărie prin crize pruriginoase şi mici papule de prurigo, uscate, dure, care se reproduc în puseuri continue, avînd ca sedii de predilecţie membrele inferioare, îndeosebi feţele de extensie, care apar aspre la pipăit. Pe trunchi, leziunile sînt discrete.

Evoluţia este cronică, îndelungată, atenuîndu-se către vîrsta adultă, cu remisiuni parţiale vara. Cu timpul se ajunge la o lichenificare uscată, difuză, şi la tumefierea moderată a ganglionilor inghino-crurali şi axilari.

Etiologia este necunoscută. Este vorba în general de copii debili, iritabili.

TRATAMENTUL GENERAL

Constă în administrarea de desensibilizante nespecifice, antihistaminice şi sedative nervoase, polivitamine, îndeosebi A, D_2 şi F (vezi Eczema constituţională şi Prurigoul strofulus).

TRATAMENTUL LOCAL

Este acelaşi ca în prurigoul difuz cronic al adultului şi neurodermită.

PRURIGOUL BESNIER

Este un tip particular de prurigo, care debutează — în prima copilărie sau chiar mai tîrziu — printr-o eczemă infantilă a feţei, fie prin seropapule de prurigo sau leziuni urticariene diseminate pe trunchi şi

Scanned with OKEN Scanner

membre. Ulterior apar placarde eczematiforme, zemuinde, pe feţele externe şi în pliurile de flexiune ale acestora (cot şi spaţiul popliteu). Cu timpul, caracterul zemuind se atenuează, placardele devenind relativ uscate, infiltrate şi lichenificate. Aspectul este predominant de lichenificare circumscrisă, şi numai parţial şi periodic eczematiform ; aceste leziuni, de aspect mixt, eczemato-licheniene, localizate şi persistente în pliurile membrelor, sînt evocatoare pentru afecţiune.

Evoluţia este cronică, foarte îndelungată, cu remisiuni complete sau incomplete, şi cu foarte frecvente recidive. Intensitatea leziunilor se atenuează spre vîrsta pubertăţii şi adolescenţă. Ele pot persista însă şi la vîrsta adultă, şi pot alterna cu crize de astm. Mai rar dermatoza se poate însoţi de o cataractă (Andogsky).

Etio-patogenia este discutată. Considerată ca o dermatoză alergică, unii autori o plasează în cadrul dermatitei atopice (Sulzberger), alături de eczema infantilă şi neurodermita diseminată (vezi Dermatita atopică). Ipoteza mai recent emisă, a unei boli autoimune, este de reţinut. Tulburări neuropsihice, endocrine şi mai ales digestive cronice, sînt frecvent găsite la aceşti bolnavi.

TRATAMENTUL GENERAL

Constă în administrarea de antihistaminice şi diverse medicaţii desensibilizante (vezi Eczema infantilă, Prurigoul strofulus, Eczema constituţională şi Neurodermita). Corticoterapia în doze mici şi în cure scurte va fi rezervată pentru jugularea puseurilor ; se vor administra calmante nervoase etc. Vor fi corectate eventualele tulburări gastro-intestinale (eubiotice şi eupeptice : Complex B şi o alimentaţie fără conserve, condimente, produse fermentate, spanac, roşii, banane etc. Nu este neglijabil efectul adesea favorabil al scoaterii copilului (temporar) din mediul casnic. S-au obţinut uneori efecte favorabile prin implante Filatov (placentă sau piele), introduse sub placarde (Longhin).

TRATAMENTUL LOCAL

Este asemănător aceluia din eczema infantilă şi constă în aplicarea, în raport cu aspectul şi stadiul leziunilor, a unor paste cu apă şi comprese umede (în stadiul acut, zemuind), paste grase sau pomezi (în stadiul cronic cu lichenificare) ; ele vor conţine conticoizi şi mai tîrziu reductoare (vezi Eczema infantilă, Eczema constituţională şi Neurodermita).

În caz de eşec se poate recurge la roentgenterapie cu raze moi (Bucky).

J. DERMATITA DE SCUTECE SAU DE AMONIAC (ERITEMUL FESIER AL SUGARULUI)

Este o dermatită de contact produsă prin iritaţia tegumentelor de către scutecele umede, îmbibate de urina fermentată.

Simptome. Se caracterizează printr-un eritem întins al feselor şi perineului, respectînd fundul pliurilor, uneori se acoperă de veziculo-

Scanned with OKEN Scanner

pustule. Poate depăşi această localizare, întinzîndu-se la regiunea genitală, rădăcinile coapselor, lombe. Datorită senzaţiilor de usturime şi mîncărime copilul devine nervos, agitat. Adesea leziunile se infectează secundar (foliculite, furuncule, abcese) sau se eczematizează transformîndu-se în dermite eczematiforme de tip intertrigo, microbiene sau candidozice, însoţite sau nu de erupţii secundare la distanţă.

TRATAMENTUL

TRATAMENTUL PROFILACTIC

Suprimarea acţiunii factorului iritativ principal, recte a urinii fermentate, prin schimbarea scutecelor la timp, inclusiv noaptea ; ele vor fi confecţionate din bumbac fin, moale, şi nu din materiale aspre sau impermeabile (plastic) ; după spălare vor fi bine clătite de urmele de sodă şi săpun. Se vor corecta eventualele tulburări digestive, mai ales dacă este vorba de dispepsii diareice (vezi Eczema infantilă).

TRATAMENTUL CURATIV

Se vor face băi zilnice în care se vor adăuga, în concentraţii slabe, antiseptice : permanganat de potasiu (pînă la colorare în roz-palid) sau sulfat de cupru şi sulfat de zinc cîte 0,50 g la o baie. Apoi se vor aplica alternativ (vezi Eczema infantilă) : ziua pastă cu apă Darier conţinînd antibiotice, Stamicin, corticoizi.

Rp. Neomicină 0,10 g
Stamicin 1 500 000 u. (3 drajeuri)
Hidrocortizon 200 mg
Talc
Oxid de zinc
Glicerină
Apă distilată āā 4 g

Noaptea se va aplica o pastă grasă conţinînd aceleaşi principii active.

Rp. Neomicină 0,10 g
Stamicin 1 500 000 u.
Hidrocortizon 200 mg
Lanolină
Vitamina A sol. uleioasă āā 5 g.

Dacă dermita nu se vindecă complet se va recurge în continuare la unguente cu corticoizi (Cornemin, Synalar, Triamcinolon, Tumizon).

Scanned with OKEN Scanner

VII

SINDROAME CUTANATE DE CAUZE DIVERSE

A. ERITEMUL POLIMORF

Este un sindrom reactiv polietiologic, care se manifestă prin diverse leziuni cutanate : macule eritematoase papule edematoase, vezicule, bule, adesea cu o dispoziţie particulară, „în cocardă". Sediul de elecţie al leziunilor îl constituie faţa dorsală a mîinilor, palmelor, coatele, genunchii, ceafa, urechile ; mai rar pot cuprinde şi restul tegumentului, mergînd pînă la generalizare.

Se disting două tipuri clinice importante : eritemato-papuloasă şi veziculo-buloasă. O varietate a celui de al doilea tip o constituie hidroa, sau forma buloasă a eritemului polimorf. Bulele apar, fie pe plăcile eritemo-edematoase, uneori avînd un contur policiclic, fie aparent pe piele sănătoasă. Atingerea mucoaselor e foarte freoventă în formele veziculo-buloase, în cel puţin 50% din cazuri (hidroa bucal). O formă gravă cu leziuni diseminate pe întreg corpul, pe mucoase, cu alterarea stării generale şi cu prognostic rezervat (mai ales altă dată) o constituie *ectodermoza pluriorificială sau sindromul Stevens-Johnson :* leziunile evoluează în puseuri, durata unui element fiind de 6—10 zile. Durata bolii este în medie de două săptămîni. Foarte rar poate să se prelungească 4—6 săptămîni, prin puseuri subintrante. Afecţiunea are adesea un caracter recidivant, îndeosebi în formele sale veziculo-buloase ; recidivele sînt de obicei sezoniere (primăvara, uneori şi toamna).

Etio-patogenie. Se întîlneşte mai ales la copii, adolescenţi şi adulţi tineri. Cel mai adesea ca o afecţiune primitivă, dar uneori poate surveni în cursul unor tratamente medicamentoase, după ingestia unor alimente, după infecţii microbiene sau micotice, de unde tendinţa să se admită două ipoteze etiologice : a) boală autonomă, recidivantă, probabil de natură infecţioasă (cu agent cauzal încă nedeterminat, posibil un virus) şi b) sindrom reactiv polietiologic, asemănător eritemului nodos.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

În formele intens eruptive, buloase, pluriorificiale, febrile şi secundar infectate cu piococi, se administrează :

— *antibiotice* (vezi Piodermitele), Penicilina G, sodică sau potasică, 2 400 000—3 200 000 u./24 de ore ; Eritromicină sau Tetraciclină 2 g/24 de ore în cure de 6—8 zile ;

— *corticoterapie* în doze medii : Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore în cure de 7—10 zile.

În formele obişnuite se prescriu :

— hiposulfit de sodiu *per os* (din poţiunea)

Rp. Hiposulfit de sodiu 20 g
Sirop 50 g
Apă distilată 200 g D.S. int. 2—3 g/24 de ore (respectiv 2—3 linguri înainte de mese)

sau pe cale parenterală 1 fiolă/24 de ore intravenos ;

— *antihistaminice de sinteză :* Romergan şi Feniramin, preferabil în primele zile pe cale parenterală, intramuscular, cîte 1/2—1 fiolă/24 de ore, apoi pe cale orală, cîte 2—3 drajeuri/24 de ore, eventual în asociere cu Nilfan, Clorfenoxamină, cîte 1—2 drajeuri/24 de ore ;

— Vitamina C, 1 g/24 de ore, *per os* sau parenteral.

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor utiliza :

— mixturi sau pastă cu apă Darier (vezi Eczemele, Prurigoul) în aplicaţii bicotidiene ;

— violet de genţiană, soluţie apoasă 1%, atingeri zilnice pe leziunile buloase cutanate ;

— nitrat de argint 0,50% atingeri la 2 zile pe leziunile buloase erozive bucale ;

— unguente cu antibiotice (Unguent cu Tetraciclină 3%) sau cu corticoizi şi antibiotice : Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan.

În formele buloase profuze bucale se vor face şi gangarisme cu soluţii slab antiseptice : Rivanol 1/5 000, permanganat de potasiu 1/10 000.

B. ECTODERMOZA EROZIVĂ PLURIORIFICIALĂ

Identificată azi de cei mai mulţi autori, cu sindromul Stevens-Johnson, este considerată ca formă gravă, majoră, a eritemului polimorf bulos. Unii îi acordă o autonomie totală.

Simptome : Afecţiunea atinge îndeosebi copii mai mari, adolescenţi, adulţi, tineri. Erupţia, de tip bulos, este generalizată, afectînd în mod constant mucoasa bucală, nazală, conjunctivală şi cea genitală, care sînt sediul unor eroziuni întinse prin confluarea leziunilor buloase. Starea generală este profund alterată, afecţiunea evoluînd cu febră ridicată. Prognosticul, altădată grav, din cauza evoluţiei acute (2—6 săptămîni), cu

Scanned with OKEN Scanner

sfîrşit letal în aproape 50% din cazuri, este astăzi mult ameliorat de tratamentul cu antibiotice şi corticoizi.

Etio-patogenia rămîne încă neelucidată, fiind discutate aceleaşi ipoteze ca în eritemul polimorf : boală autonomă cu etiologie infecţioasă, virotică sau sindrom reacţional.

TRATAMENTUL GENERAL

Se vor administra cît mai precoce :

— **antibiotice** cu spectru larg de acţiune : Tetraciclină 2—3 g/24 de ore *per os* sau, preferabil, pe cale parenterală : Solvocilin (Reverin) (vezi Piodermitele) ;

— **corticoterapie** în doze mari, ca în pemfigus şi lupusul eritematos acut : Hemisuccinat de hidrocortizon 200—400 mg în primele 24 de ore, după care se vor administra : Supercortisol pe cale parenterală, 50—75 mg/24 de ore, timp de mai multe zile (pînă la obţinerea unei atenuări evidente a leziunilor cutanate, în special bucale, care să permită administrarea corticoizilor *per os*) : Prednison 40—60 mg/24 de ore, Supercortisol 30—40 mg/24 de ore. Cura de antibiotice şi corticoizi în asociere va fi prelungită în funcţie de rezultatele obţinute. Ulterior pentru remontarea stării generale vor fi administrate :

— **anabolizante :** Naposim, Madiol, Clortestosteron acetat (Steranabol), estrogeni (vezi Pemfigusul) ;

— **vitaminoterapie** complexă, preferabil pe cale parenterală ; Vitamina B complex (1 fiolă/24 de ore), sau orală ; Viplex, Electovit, Vitamina C în doze mari (1—1½ g/24 de ore).

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor face (vezi şi Pemfigusul, Boala Duhring) :

— băi generale cu soluţii slab antiseptice (permanganat de potasiu) ;

— atingeri zilnice sau la 2 zile cu soluţie de violet de genţiana 1% ;

— aplicaţii de liniment oleo-calcar şi unguente conţinînd antibiotice (Tetraciclină 2—3%, cloramfenicol 2%), eventual în asociere cu corticoizi : Hidrocortizon 0,25—0,50 sau Synalar N, Triamcinolon cu saprosan şi Cornemin.

C. ERITEMUL NODOS

Este un sindrom reactiv cutanat caracterizat anatomoclinic printr-o dermo-hipodermită nodulară, vasculo-alergică.

Simptome : Apare la toate vîrstele, dar mai ales la copii, adolescenţi şi adulţi tineri. Se manifestă sub forma unei erupţii de nodozităţi dermo-hipodermice, de volumul unui bob de mazăre pînă la acela al unei nuci, puţin proeminente, roşii sau roşii-violacee, dureroase la presiune. În număr variabil, de la cîteva pînă la cîteva zeci, au ca sediu de preferinţă regiunile pretibiale, gleznele, coapsele, antebraţele şi fesele, rar trunchiul.

Scanned with OKEN Scanner

Fiecare element evoluează în 10—20 de zile, trecînd prin nuanţele succesive ale echimozelor (dermita contuziformă), după care dispare fără cicatrice. Cel mai adesea sindromul se limitează la un singur puseu eruptiv. Alteori, însă, puseuri subintrante pot prelungi durata afecţiunii de la 2—3 săptămîni la 1—2 luni şi mai mult.

Puseurile se însoţesc de febră moderată, artralgii, uneori violente, tulburări digestive (inconstant). Recidivele sînt foarte rare.

Etio-patogenie. Majoritatea autorilor consideră afecţiunea ca un sindrom alergic polietiologic, între cele mai frecvente cauze fiind tuberculoza, în special la copii, la care eritemul nodos apare în raport cu o primă infecţie, cu virajul cutireacţiei tuberculinice, sau mai tîrziu, ca o manifestare alergică în cursul unei tuberculoze manifeste. Alte cauze care pot declanşa un eritem nodos sînt : a) infecţii : diverse septicemii şi meningite cerebrospinale cu germeni variaţi, febră tifoidă, gripă, limforeticuloză benignă de inoculare, malarie, ascaridioză, lepră, recto-colita hemoragică, sarcoidoza (boala Besnier-Boeck-Schaumann) în aceasta din urmă îndeosebi în cadrul sindromului Löfgren, periarterită nodoasă, focare de infecţie, uneori criptice, frecvent streptococice ; b) medicamente, cel mai frecvent fiind în cauză sulfamidele tiazolate ; erupţia survine de obicei între a patra şi a zecea zi de tratament, însoţindu-se de febră ridicată (39—40°) şi artralgii ; evoluţia este scurtă, cedînd, o dată cu suprimarea sulfamidoterapiei.

Mai sînt de semnalat : raporturile eritemului nodos cu eritemul polimorf, cu care se asociază frecvent, ca şi cu eritemul indurat Bazin, de care eritemul nodos este legat prin forme de trecere.

TRATAMENTUL GENERAL

Tratamentul etiologic se va confunda cu acela al afecţiunii în cursul căreia apare.

În cazurile în care survine fără o cauză evidentă se vor administra :

— *antibiotice :* Penicilină G, sodică sau potasică, în doze de 3 200 000 u./24 de ore, Tetraciclină în doze de 2 g/24 de ore, Eritromicină 2—3 g/24 de ore în cure de 10—12 zile.

Dacă se suspectează etiologia bacilară (absenţa unor focare active, dar prezenţa lor în antecedente) se vor administra în cure medii de 10—15 zile, Streptomicină sulfurică 1 g/24 de ore sau Strepancil 1 g/24 de ore.

Se vor suprima sau trata focarele de infecţie, se va suspenda tratamentul medicamentos suspect de a fi putut declanşa erupţia.

Ca medicaţie patogenică vor administra :

— *antihistaminice de sinteză* (Romergan, Feniramin, Nilfan, Clorfenoxamină şi eventual, Levomepromazin, în asociere (vezi Eczemele), unele din ele avînd şi o acţiune analgetică (Romergan, Levomepromazin) ;

— *antiinflamatorii şi analgetice* (vezi Arsurile) : Fenibutazonă 2—3 drajeuri/24 de ore, Alindor 3—4 drajeuri/24 de ore, Acid acetilsalicilic (Aspirină) 3—4 g/24 de ore, antipaludice de sinteză (Clorochin 400—800 mg/24 de ore). Eventual se vor administra asociate cîte două sau trei

Scanned with OKEN Scanner

(coctail analgetic şi antiinflamator), scăzîndu-se dozele la fiecare. Unii autori recomandă Vitamina C în doze mari (1 g/24 de ore).

Corticoizii vor fi prescrişi, în general, în formele cu leziuni intens inflamatorii şi dureroase, multiple, şi cu stare generală alterată ; ei vor fi administraţi în doze medii : Supercortisol 20—30 mg/24 de ore ; Prednison 30—40 mg/24 de ore. Este foarte indicat repausul la pat, cu membrele inferioare mai ridicate decît restul corpului.

TRATAMENTUL LOCAL

Este de importanţă minoră, fiind recomandat numai în formele cu leziuni numeroase, dureroase şi intens inflamatorii : comprese umede, sedative, cu soluţii de Romazulan diluat, sau de Burowin (se dizolvă separat, în cîte 1/4 l apă rece, cîte 1 comprimat nr. 1 şi nr. 2, apoi se amestecă ; după ce s-a depus precipitatul format, se separă lichidul supernatant, în care se înmoaie compresele, schimbîndu-le de mai multe ori pe zi).

D. ERITRODERMIILE

Eritrodermia este un sindrom cutanat caracterizat printr-o roşeaţă inflamatoare difuză, generalizată, mai mult sau mai puţin persistentă.

Din punct de vedere clinic se disting două mari tipuri : a) eritrodermia edemato-veziculoasă cu zemuire şi b) eritrodermii descuamative uscate. O separare absolută între cele două tipuri este însă greu de făcut în practică, deoarece fiecare poate evolua — cel puţin temporar sau parcelar — sub aspectul celuilalt.

O clasificare a eritrodermiilor care să satisfacă sub toate aspectele este greu de făcut. Cea mai practică rămîne aceea etio-patogenică, ea înlesnind şi orientarea terapeutică. După această clasificare ele se împart în :

Eritrodermii primitive (dermatita exfoliativă Wilson-Brocq, pitiriasis rubra Hebra-Jadassohn) ; în toate aceste eritrodermii, aparent primitive, trebuie căutată totdeauna o eventuală sensibilizare la toxine microbiene sau o hematodermie.

a) Eritrodermii secundare, provenind prin eritrodermizarea, în cursul evoluţiei lor, a unor dermatoze cronice bine definite : psoriazis, lichen plan, pitiriazis rubra pilar, eczemă, eczematide (vezi capitolele respective). Prin generalizarea şi confluarea leziunilor, eritrodermizarea poate surveni spontan, dar adesea se produce sub acţiunea unor tratamente medicamentoase brutale, iritante, mai rar dermatoza în cauză debutează cu eritrodermie.

b) Eritrodermii postmedicamentoase (arsenicală, aurică, bismutică, mercurială, penicilinică), prin sensibilizare alergică, nu prin supradozare sau acumulare toxică.

c) Eritrodermii de origine infecţioasă : eritem scarlatiniform descuamativ recidivant, eritrodermii streptococice subacute şi cronice.

Scanned with OKEN Scanner

d) Eritrodermii ale nou-născutului, dermatita exfoliativă a sugarului (boala Ritter von Rittersheim), eritrodermia Leiner-Moussus.

f) Eritrodermii hematodermice (reticuloze eritrodermice).

DERMATITA EXFOLIATIVĂ WILSON-BROCQ

Simptome. Debutează printr-o placă localizată, eritemato-scuamoasă, care se extinde rapid, în timp ce apar alte noi elemente, confluînd pînă la realizarea eritrodermiei. Descuamaţia este importantă, fiind constituită, fie din scuame lamelare, mici, fie mai frecvent, din scuame mari (2—3 cm), solzoase, aderente în centru şi decolate la periferie. În pielea capului sînt tărîţoase, pe dosul membrelor şi picioarelor-pudroase, iar în palme şi plante se desprind în lambouri largi. În general, eritrodermia evoluează după tipul exfoliativ, uscată, putînd prezenta periodic episoade umede, zemuinde, îndeosebi în regiunile pliurilor. Tegumentele sînt uşor infiltrate şi pruriginoase ; bolnavul are o permanentă senzaţie de frig. Starea generală este alterată variabil : febră, tulburări digestive şi de nutriţie. În cazurile prelungite apar adenopatii reactive, adeseori de tipul reticulozei lipo-melanice şi keratoze circumscrise, care pot suferi transformări maligne.

Evoluţia este capricioasă. Unii bolnavi se vindecă în cîteva luni, la cei mai mulţi însă evoluţia se prelungeşte ani de zile cu alternarea perioadelor de agravare şi ameliorare.

Etio-patogenia este încă discutată : boală autonomă, sau sindrom care poate să apară ca o manifestare „de însoţire" nespecifică, în cursul unor hematodermii sau ca o reacţie secundară în legătură cu un focar infecţios primar, de obicei streptococic, deşi acesta nu este totdeauna decelabil clinic.

PITIRIASIS RUBRA HEBRA-JADASSOHN

Simptome. Este de obicei o afecţiune rară şi cu un prognostic grav. Eritrodermia se instalează în cîteva săptămîni, este de tip uscat, descuamativ şi, după o perioadă mai lungă de evoluţie, tegumentele manifestă tendinţă la atrofie. Bolnavul are senzaţie de constricţie, orificiul bucal pare strîmtat, apar ectropioane, degetele se fixează în semiflexie. Se produc ulceraţii trofice la nivelul coatelor şi genunchilor. Perii cad, unghiile se îngroaşă. Pruritul este inconstant. Netratată, afecţiunea poate duce adesea la caşexie cu escare sau complicarea cu boli intercurente, îndeosebi tuberculoză pulmonară, moartea survenind în 1—2 ani. Natura bolii este discutată ; au fost invocate tuberculoza şi manifestarea de debut a unei hematodermii.

ERITRODERMIA ARSENICALĂ

Frecventă altădată, azi este foarte rar observată, din cauza folosirii pe scară tot mai mică a arsenobenzenilor în tratamentul sifilisului.

Simptome. Debutul este marcat de un prurit al extremităţilor, care se intensifică zilnic cu fiecare nouă injecţie de arsenic, precum şi de un

Scanned with OKEN Scanner

edem al pleoapelor. Curînd apare o erupţie eritematoasă maculoasă, apoi papuloasă, care nu întîrzie să confluieze, realizînd suprafeţe eritemato-edemato-veziculoase zemuinde. Generalizarea eritrodermiei se produce în cîteva zile, însoţindu-se de un important edem, mai ales la nivelul feţei, cu pruritul intens. Starea generală este profund alterată ; febră ridicată, tulburări digestive, oligurie.

Evoluţia este relativ lungă : moartea poate surveni în aproximativ 10% din cazurile netratate.

Patogenia este complexă, uneori fiind vorba de o puternică reacţie de sensibilitate la arsenicul (îndeosebi trivalent) fixat în ţesuturi : alteori, eritrodermia arsenicală este expresia unei sensibilizări mixte, la arsenic şi la toxinele streptococului, biotropizat şi grefat pe erupţia iniţială de sensibilizare la arsenic.

ERITRODERMIA AURICĂ

Ca şi cea arsenicală, este azi tot mai rar întîlnită, din cauza utilizării tot mai reduse a sărurilor de aur în tratamentul reumatismului, lupusului eritematos şi al tuberculozei.

Simptome. Eritrodermia aurică are un debut şi o evoluţie de obicei mai lente decît ale celei arsenicale. Ea poate lua, atît aspectul celei de tip edemato-veziculos zemuind, cît mai ales acela al eritrodermiei descuamative uscate. Uneori, erupţiile de sensibilizare postaurice nu realizează o eritrodermie, rămînînd în stadiul de plăci sau placarde eritemato-scuamoase, iar alteori, îmbracă aspectul de lichen plan (vezi Alergia medicamentoasă şi Lichenul plan). Toate aceste erupţii au o mare tendinţă la pigmentare după resorbţie, semn cu valoare diagnostică retroactivă.

Mecanismul este, ca şi în eritrodermia arsenicală, acela de sensibilizare la aur sau la aur şi toxina streptococică.

ALTE ERITRODERMII MEDICAMENTOASE

Foarte rar mai pot fi provocate eritrodermii de medicamente ca bismutul (de obicei de tip edemato-veziculos), mercur (tot de tip edemato-veziculos), barbiturice, sulfamide şi antibiotice. Dintre acestea, streptomicina şi mai ales penicilina pot provoca, printr-un mecanism de hipersensibilitate, eritrodermii de tip edemato-veziculos, uneori foarte grave.

ERITRODERMIILE DE ORIGINE INFECŢIOASĂ (STREPTOCOCICĂ)

ERITRODERMIA ACUTĂ BENIGNĂ (ERITEMUL SCARLATINIFORM DESCUAMATIV RECIDIVANT) (BESNIER-FERREOL)

Simptome. Se comportă ca o boală infecţioasă acută, debutînd cu frisoane, febră, curbatură. După trei zile apare erupţia maculo-eritematoasă, mai întîi la pliuri, apoi se generalizează la restul tegumentelor, menajînd extremitatea cefalică. Foarte precoce se produce o descuamaţie furfuracee, care la nivelul palmelor şi plantelor este în formă de lambouri.

Scanned with OKEN Scanner

Starea generală se ameliorează foarte repede, durata afecțiunii fiind în medie de trei săptămîni. Nu există anginā sau complicații renale.

Recidivele se produc la cîteva luni sau cîțiva ani, devenind tot mai scurte pentru a dispărea apoi definitiv.

Etio-patogenie. Afecțiunea este considerată ca o manifestare de sensibilizare la toxina streptococică (focar infecțios), dar uneori eritemul poate apărea în cursul unor tratamente medicamentoase (sensibilizare sau biotropism).

ERITRODERMIILE SUBACUTE ȘI CRONICE

Sînt rareori de tip edemato-veziculos, cel mai adesea de tip descuamativ, uscate, fiind expresia unor forme generalizate ale eczematidelor (parakeratozelor) de origine streptococică, au ca punct de plecare un focar infecțios, adesea criptic, greu de decelat clinic (vezi Eczematidele).

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi individualizat în raport cu etiologia și tipul clinic.

Tratamentul etiologic constă în decelarea și combaterea cauzelor posibile ale eritrodermiei.

În cazul unei hematodermii, tratamentul se confundă cu acela al reticulozei respective.

În cazul eritrodermiilor prin sensibilizare față de toxine microbiene avînd ca punct de plecare un focar de infecție streptococic, cutanat sau criptic (rino-faringian, dentar etc.), alteori o disbacterie intestinală, în care rolul principal îl joacă colibacilul sau enterococul, tratamentul constă în :

— *antibio- și chimioterapie* (vezi Piodermitele și Eczemele) cu Penicilina G, sodică sau potasică, Meticilin, Oxacilină, Eritromicină, Tetraciclină, Cloramfenicol, Streptomicină, Sulfametin (Bayrena), Mexaform, Furazolidin, Nitrofurantoin, Saprosan etc., în funcție de tipul germenilor în cauză și, dacă e posibil, de antibiogramă. Mai rar va fi cazul să se utilizeze Stamicină (vezi Candidozele). În eritrodermia de tip *pitiriasis rubra* (Hebra Jadassohn), dacă se suspectează un focar bacilar, se vor administra : Streptomicină, Strepancil, HIN (vezi Tuberculozele cutanate) ;

— *imunoterapia* desensibilizantă cu anatoxină streptococică (vezi Eczema microbiană) sau cu un vaccin antimicrobian (eventual autovaccin) streptococic, colibacilar, enterococic, care vor fi administrate, ca și anatoxina streptococică, în doze progresiv crescînde, de la 0,1 din diluția 1/10 la 0,5 ml la 2 zile, subcutanat.

— În eritrodermiile postmedicamentoase, prin mecanism de sensibilizare, și nu toxic propriu-zis, se va urmări, pe de o parte, desensibilizarea specifică (care în general nu dă rezultate scontate, motiv pentru care cei mai mulți renunță la acest procedeu), iar pe de altă parte neutralizarea, blocarea prin conjugare și eliminarea sub formă nenocivă a substanței agresoare (sarea metalului greu respectiv : arsenic, bismut, mercur, aur), care altminteri rămîne multă vreme fixată în țesuturi.

Scanned with OKEN Scanner

Această acțiune antitoxică este obținută (vezi și Alergodermiile medicamentoase) cu ajutorul agenților chelatori : a) Edetamina (acetiletilendiamintetraacetic sodic), care fixează ionii metalici bi- și trivalenți (indicată în eritrodermiile prin sărurile de mercur) și b) Dimercaptopropanolul (BAL), indicat în eritrodermiile postarsenicale și aurice. În același scop se mai utilizează Tiosulfatul (hiposulfitul) de sodiu, cîte 2—3 fiole/24 de ore, intravenos și Penicilina G, în doze uzuale ; aceasta prin intermediul penicilaminei, care posedă proprietatea de a se conjuga cu sărurile unor metale grele ca mercurul și arsenicul, favorizează eliminarea lor din țesuturi ; în plus, ea intervine și în combaterea infecțiilor cutanate secundare cu piococi sau a celor gingivo-alveolare, frecvente în eritrodermiile postmedicamentoase. Curele cu aceste medicații antitoxice vor dura, în funcție de evoluția bolii, 2—6 săptămîni, uneori mai mult. Tot cu acțiune antitoxică se utilizează și Vitamina C, în doze mari (1—1 1/2 g/24 de ore, în cure prelungite). Deoarece în unele cazuri de eritrodermii zemuinde postmedicamentoase cu săruri ale metalelor grele, rolul preponderent revine nu sensibilității la medicament, ci la toxinele streptococului biotropizat, tratamentul va consta principal din antibioterapie și imunoterapie (Longhin) (vezi la Tratamentul eritrodermiilor prin sensibilizare la toxine microbiene).

În eritrodermiile prin sensibilizare la celelalte medicamente, inclusiv antibiotice, tratamentul etiologic constă în suspendarea imediată a administrării lor. Cînd e vorba de penicilină dată fiind gravitatea accidentelor postterapeutice, ea nu va mai putea fi niciodată administrată pacientului în cauză. În cazul celorlalte medicamente se va putea încerca, cu prudență și perseverență, o desensibilizare specifică.

Tratamentul patogenic și simptomatic este deosebit de important în formele severe, îndeosebi în eritrodermiile postpenicilinice, unde va trebui să se intervină cît mai prompt, pentru a se preveni un sfîrșit letal, prin :

Corticoterapie în doze de atac mari (vezi Pemfigusul). Se va începe cu Hemisuccinat de hidrocortizon 200—400 mg/24 de ore sau chiar 500 mg/24 de ore timp de 24—48 de ore, preferabil în perfuzie lentă, după care se va trece la Supercortisol pe cale parenterală, în doze de 100 mg/24 de ore, apoi 75 mg/24 de ore, intramuscular, timp de mai multe zile. După ameliorarea stării generale și locale, în special a mucoaselor, se va trece la administrarea orală a Prednisonului și Supercortisolului în doze de 40—60 mg/24 de ore.

În formele de intensitate medie și ușoare, corticoizii vor fi administrați de la început pe cale bucală, în doze medii : Prednison 30—40 mg/24 de ore Supercortisol 20—30 mg/24 de ore, Superprednol 4—6 mg/24 de ore.

Concomitent cu corticoizii se vor administra :

— *anabolizante :* Naposim 10 mg/24 de ore, Madiol 50—75 mg/24 de ore, Clortestosteron acetat 2 ml/24 de ore, Testosteron (propionil), cîte o fiolă a 25 mg la 2 zile, eventual în asociere cu estrogeni (Sintofolin o fiolă a 1 mg la 2 zile, Estradiol o fiolă a 5 000 u. la 2 zile etc.) ;

— *Calciu,* sub formă de Calciu gluconic (fiole), Calciu clorat (fiole) și Clorocalcin (picături), Calciu granulat, Lactat de calciu (comprimate) etc ;

Scanned with OKEN Scanner

— *Vitamină* C 1 g/24 de ore administrată *per os* şi parenteral ;

— *antihistaminice de sinteză,* în primele zile este indicată administrarea lor pe cale parenterală : Romergan 1—2 fiole a 25 mg/24 de ore, Feniramin o fiolă a 50 mg/24 de ore eventual cîte 1/2 fiolă la 12 ore) ; injecţiile se pot face intramuscular sau în cazuri severe, intravenos lent. Ulterior antihistaminicele vor fi administrate oral : Romergan, Feniramin, Nilfan, Clorfenoxamină, cîte 2—3 drajeuri, respectiv comprimate/24 de ore, eventual asociate cîte două sau trei, însă fiecare în doză scăzută ;

— *vasoconstrictoare periferice* în primele zile : Adrenalină cîte 20 de picături soluţie 1‰ (1 fiolă) sublingual, pe o bucăţică de zahăr ; doza se repetă la interval de 2—3 ore ; Adrenostazin 2—3 fiole a 0,0015 g/24 de ore în injecţii intravenoase foarte lente, diluat în soluţie glucozată sau soluţie cloruro-sodică izotonică. Nu creşte tensiunea arterială ; Efedrină, cîte 2—4 comprimate a 50 mg/24 de ore (1/2—1 comprimat la 6 ore) sau cîte 1/2 fiolă soluţie 1%, la 6—8 ore, subcutanat sau intramuscular ;

— *diureticele,* administrate timp de 5—7 zile sînt uneori utile în formele edemato-veziculoase ale eritrodermiilor, care se însoţesc de oligurie : *Teobromină* (3,7-dimetilxantină), comprimate a 0,50 g (sau în caşete), cîte 1—2 g/24 de ore ; *Diurocard,* drajeuri conţinînd 0,40 g clorură de amoniu şi 0,15 g acid benzoic, cîte 4—10/24 de ore ; *Ederen,* sulfamidă diuretică, indicată în edeme medicamentoase, în comprimate a 250 mg, cîte 1—3/24 de ore.

În unele cazuri, în care se constată importante tulburări electrolitice şi proteinice, sînt indicate perfuziile subcutanate sau intravenoase lente cu soluţie glucozată 5 sau 20%, soluţie cloruro-sodică izotonică, plasmă şi substituenţi macromoleculari (vezi Arsurile).

În formele prelungite, cu tendinţă la cronicizare, se vor face desensibilizări nespecifice (vezi Eczemele) cu Reticulin, Calciu clorat, Calciu bromat, Hiposulfit (tiosulfat) de sodiu, sînge conservat şi citratat, sînge hemolizat, peptonă, proteoză urinară (Oriel), microşocuri cu Insulină în doze progresiv crescînde (4—16 u. i/24 de ore) intravenos etc. ;

— *sedative nervoase, neuroleptice şi tranchilizante* indicate îndeosebi în formele foarte pruriginoase, sînt preferate Clordelazinul şi mai ales Levomepromazina, care este un antihistaminic (vezi Eczemele).

La cei debilitaţi şi mult slăbiţi se vor administra :

— anabolizante în doze mici (Naposim 5 mg/24 de ore, Madiol 25 mg/24 de ore, Clontestosteron acetat 1 ml/24 de ore, la care se vor asocia :

— *tonice generale* eumetabolizante, complexe vitaminice biostimulante : acid folic 2—4 drajeuri/24 de ore, Folcisteină U, o fiolă a 25 mg la 2 zile, Gluconat de calciu cu vit. D_2 (granule), Pantotenat de calciu o fiolă (0,5 g)/24 de ore, eventual *per os,* Remineron (granule), Hecogen (sirop), Ser neurotonic o fiolă/24 de ore, Tonic (sirop), Rovitrat o fiolă la 2 zile, Neohepar o fiolă la 2 zile, Neoanemovit (sirop), Mecopar forte 2—3 comprimate/24 de ore, Electovit, Viplex.

Regimul alimentar este hidro-lactat în faza de debut ; ulterior, în raport cu starea funcţională renală se vor introduce legumele, zarzavaturile,

Scanned with OKEN Scanner

făinoasele, iar mai tîrziu brînzeturi nefermentate şi carne slabă preparată la grătar, rasol etc. Timp de mai multe luni vor fi oprite condimentele, conservele, mezelurile, băuturile spirtoase, excitantele etc.

TRATAMENTUL LOCAL

În formele edemato-veziculoase, zemuinde (şi infectate secundar cu piococi) se vor face băi zilnice călduţe cu soluţii slab antiseptice (permanganat de potasiu 1/10 000, sulfat de cupru 1—3 g la o baie, sau Fenosept 3—5 linguri la o baie.

Apoi se recomandă atingeri cu o soluţie apoasă de violet de genţiană 0,50% sau cu Decaderm diluat 1/5—1/10, Dalibour 1/5, după care se va unge cu liniment oleo-calcar, unguent moale (lanolină — vaselină āā p.e.) sau creme răcoritoare (lanolină-vaselină-apă de calciu āā p.e.), în care se vor încorpora antibiotice (tetraciclină 3%, cloramfenicol 2—3%, neomicină 0,50%), eventual hidrocortizon 0,25—0,50%, şi anestezice (anestezină 2—3%, Xilină 0,50%, Romergan 1%).

Pe suprafeţele zemuinde se vor aplica (alternînd cu unguentele), schimbîndu-le la 1—2 ore, comprese umede cu soluţii de tanin-borax 5—10‰ nitrat de argint 1/6 000, podofilină 1/2 000 (acestea se vor aplica o dată pe zi, 1—2 ore) şi Terra-cortryl flacon *spray* 2—3 pulverizări pe zi.

Mai tîrziu, după ce zemuirea a încetat, se vor aplica alternativ, tatonînd toleranţa (vezi Eczemele) : paste cu apă Darier (ziua), pasta grasă Lassar (noaptea), la care se vor încorpora, dacă este cazul, antibiotice şi corticoizi (hidrocortizon).

În faza de declin, de remisiune se vor aplica unguente cu corticoizi : Cornemin, Locacorten, Synalar N, apoi simplu, cremă, apoi pomadă, Triamcinolon cu saprosan, apoi simplu.

În formele cu lichenificare se vor asocia, la corticoizi, substanţe reductoare : Tumizon sau Locacorten 15 g (tub) + gudron mineral (ihtiol sau tumenol) āā 0,50 g.

În formele uscate, descuamative, în faza de debut se vor face băi zilnice calmante, decongestive, cu amidon (1/2 kg la o baie, ihtiol 2—3 g la o baie), apoi se prescrie tratamentul ca în formele umede ajunse în stadiul uscat.

DERMATITA EXFOLIATIVĂ A SUGARULUI (RITTER VON RITTERSHEIM)

Este o afecţiune rară, atingînd copii în primele 4—6 săptămîni de viaţă.

Simptome. Debutează cu bule efemere, flaşte, îndeosebi în jurul gurii, generalizîndu-se apoi sub forma unei eritrodermii, acoperită cu scuame lamelare umede şi pe care bulele propriu-zise se văd rar. Semnul Nikolsky este inconstant pozitiv. Starea generală este frecvent alterată ; febra se poate ridica la 39—40°.

Prognosticul, altădată grav (moartea survine în cîteva zile în peste 50% din cazuri) este astăzi mult ameliorat prin posibilităţile terapeutice moderne.

Scanned with OKEN Scanner

Etiologia este neelucidată încă, boala avînd caractere clinice pemfigoide şi apărînd adesea în epidemii de creşă. A fost apropiată de pemfigusul epidemic al nou-născuţilor, fiind considerată ca o formă gravă (majoră) a acestuia ; alţi autori l-au asimilat cu pemfigusul malign sau foliaceu ; cei mai mulţi o consideră ca o manifestare de sensibilizare de origine streptococică.

TRATAMENTUL GENERAL

Afecţiunea răspunde favorabil la antibiotice (vezi Piodermitele) (Penicilina G sodică sau potasică, Tetraciclină, Eritromicină) şi la imunoterapia desensibilizantă cu anatoxină streptococică (în doze mici, progresiv crescînde : 0,1—0,2—0,3 ml la 2—3 zile, subcutanat).

În formele foarte severe se vor administra şi corticoizi : Prednison 10—20 mg/24 de ore, Supercortisol 5—15 mg/24 de ore (în medie 1 mg/kilocorp/24 de ore), pînă la ameliorarea stării generale.

TRATAMENTUL LOCAL

În afara băilor cu permanganat de potasiu 1/10 000 sau cu sulfat de cupru şi sulfat de zinc, cîte 1 g la o baie, se vor aplica unguente sau liniment oleo-calcar cu antibiotice (tetraciclină 3% sau neomicină 0,5%), ulterior, după îndepărtarea secreţiilor şi scuamelor, se pot aplica unguente cu derivaţi cortizonici : Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan apoi Locacorten, Synalar simplu, Triamcinolon simplu. Ca în orice eritrodermie, copilul va fi bine înfăşat şi menţinut într-o atmosferă bine încălzită, deoarece pierde căldură în exces, iar sistemul său termoreglator funcţionează încă insuficient.

ERITRODERMIA DESCUAMATIVĂ LEINER-MOUSSOUS

Este mult mai frecventă şi totodată mai benignă decît dermatita Ritter von Rittersheim.

Simptome. Atinge de predilecţie sugarii, debutînd între a treia şi a opta săptămînă, prin tulburări digestive (enterită), iar cutanat prin eritem fesier sau parakeratoză seboreică a pielii capului, de multe ori prin ambele. Placardul iniţial pornind cel mai adesea din vecinătatea unui intertrigo fesier, se întinde progresiv şi mai pot apărea noi placarde la distanţă, confluînd pentru a realiza eritrodermia. Pielea, roşie-viu, este acoperită de scuame grase (scuamo-cruste). Nu se observă, nici bule, nici semnul Nikolsky pozitiv.

Starea generală rămîne de obicei nealterată. Febra este frecventă, dar moderată. Există şi forme grave, cu stare generală alterată şi febră ridicată.

Etiologia este discutată : unii o consideră ca o alergodermie de origine digestivă : azi, cei mai mulţi îi atribuie o origine infecţioasă streptococică şi o identifică cu o parakeratoză întinsă, avînd ca punct de plecare un

Scanned with OKEN Scanner

intertrigo perineo-fesier, comparabilă eritrodermiei streptococice de tip uscat, descuamativ. Germenul cauzal poate fi alteori enterococul sau, mai rar, stafilococul și *Candida albicans*, avînd ca punct de plecare tubul digestiv. Alții o asimilează dermatitei seboreice, considerînd-o ca forma generalizată a acesteia (vezi Dermatita seboreică).

TRATAMENTUL GENERAL

În sindromul Leiner-Moussous sînt deosebit de importante regimul alimentar și corectarea tulburărilor digestive, respectiv restabilirea eubiozei intestinale. Se vor reglementa supturile, fiind înlocuite în parte cu lapte acidulat, babeurre și ceaiuri ; se vor intercala : zeamă de mere, de morcovi sau orez, se va administra Saprosan, Mexaform P (vezi Prurigourile și Eczema sugarului).

Ca tratament curativ sînt indicate :

— **antibiotice :** Penicilina G, sodică sau potasică, Streptomicina, Cloramfenicolul (palmitat de cloramfenicol, sirop) (vezi Piodermitele) și imunoterapie desensibilizantă cu vaccin enterococic (stock- sau autovaccin), preconizat de Montlaur, anatoxină streptococică (în doze progresiv crescînde de la 0,1 la 0,3 ml) ; se va începe cu o diluție 1/10 subcutanat la 2 zile. În cazurile de origine candidozică se administrează Stamicină 1—3 drajeuri a 500 000 u.i. sau Mexaform și Saprosan (vezi Eczemele și Prurigourile infantile) ;

— în formele febrile și cu leziuni cutanate intense se vor asocia și corticoizi (vezi Dermatita exfoliativă Ritter von Rittersheim).

TRATAMENTUL LOCAL

Este același ca în Dermatita exfoliativă a nou-născutului (Ritter von Rittersheim).

E. ECZEMATIDELE (PARAKERATOZELE)

Sînt leziuni eritemato-scuamoase, circumscrise, pruriginoase sau nepruriginoase, apropiate clinic și histologic de leziunea de eczemă în stadiul ei descuamativ (parakeratozic).

După unele particularități clinice și etio-patogenice se pot distinge trei tipuri de eczematide :

a) **eczematide seboreice sau figurate** (vezi Dermatita seboreică) localizate pe anumite regiuni, fără o cauză determinantă.

b) **eczematide pitiriaziforme și psoriaziforme** avînd un caracter evolutiv eruptiv, expresie a sensibilizării la distanță față de antigene din focare variate de infecție (streptococ, mai rar enterobacterii și agenți micotici). De multe ori nu se depistează focarul primar ;

c) **parakeratoza în placarde „izolate“,** de origine infecțioasă, expresie a unei sensibilizări *in situ* față de antigene microbiene.

Scanned with OKEN Scanner

ECZEMATIDELE SEBOREICE SAU FIGURATE (VEZI DERMATITA SEBOREICĂ)

ECZEMATIDELE PITIRIAZIFORME ŞI PSORIAZIFORME

Constituie un grup bine definit clinic şi etio-patogenic.

Evoluînd cel mai adesea cu caracter eruptiv, leziunile sînt constituite din plăci eritemato-scuamoase circumscrise, rotund-ovalare, cu contururi puţin nete, de talie diferită, diseminate ubicuitar.

După aspectul scuamelor se disting: eczematide pitiriaziforme, cu scuame fine, furfuracee, asemănătoare leziunilor din pitiriazisul rozat Gibert (lipseşte medalionul-mamă) şi psoriaziforme, cu scuame mai groase, lamelare şi stratificate, ce se deosebesc greu de leziunile psoriazice (lipsesc însă: semnul petei de lumînare şi „roua sîngerîndă").

Uneori eczematidele au ca punct de plecare şi localizare foliculul pilosebaceu („eczematide foliculare").

Evoluţia se face în puseuri puţin distincte, elemente noi adăugîndu-se la cele vechi, ceea ce duce la un polimorfism lezional de vîrstă, cu leziuni mici, punctiforme, lenticulare, alături de plăci mari, unele rezultate din confluenţa celor mai mici. Mai rar, prin extinderea şi confluarea plăcilor se pot realiza eritrodermii regionale sau generalizate.

O formă specială, frustă şi localizată, a eczematidelor pitiriaziforme este considerată de cei mai mulţi „pitiriazisul alb al feţei" *(dartres volantes)*, întîlnit frecvent pe faţă la copii, mai vizibil la cei bruneţi. Uneori se datoresc unor infecţii focale de vecinătate (rino-faringite, amigdalite, vegetaţii adenoide), alteori nu au o cauză evidentă.

PARAKERATOZA PSORIAZIFORMĂ (DERMO-EPIDERMITA INFECŢIOASĂ ÎN PLACARDE)

Se deosebeşte de eczematida psoriaziformă propriu-zisă prin următoarele particularităţi: numărul mic de leziuni, cel mai adesea evoluînd sub forma unui placard eritematos unic de 5—10 cm în diametru, acoperit de scuame uscate, lameloase, stratificate, psoriaziforme; uneori placardul devine eczematos zemuind, foarte pruriginos şi se poate însoţi de leziuni la distanţă, comportîndu-se ca cea mai patentă dermită eczematiformă; alteori se lichenifică, simulînd o neurodermită. Sediul poate fi ubicuitar, dar se localizează mai ales pe gambe.

O formă particulară a parakeratozei psoriaziforme o reprezintă localizarea acesteia la pielea capului, unde realizează *falsa tinea amiantacea* a lui Alibert. Pielea păroasă a capului este acoperită de un depozit scuamo-cornos, cenuşiu, uscat, formînd teci individuale de cîţiva milimetri în jurul perilor şi ridicîndu-se o dată cu aceştia; perii sînt normali, nu se rup şi nu cad la tracţiune.

Forma umedă a *falsei tinea amiantacea* nu ar fi decît *impetigo scabida* (Alibert), în care leziunile sînt umede, crustoase, suprafaţa pielii erozivă, secretîndă; perii sînt aglutinaţi în smocuri şi prin căderea lasă adesea alopecii cicatriceale definitive, de tip favic.

La sugar, placardul de parakeratoză se localizează adesea pe fese, pe care le poate însă depăşi; el realizează acea *„dermită fesieră"*, uscată,

Scanned with OKEN Scanner

dar care se poate complica secundar, devenind umedă, presărată cu eroziuni şi papule post-erozive de unde denumirea dată de Sevestre şi Jaquet acestui tip de dermită de „sifiloid posteroziv", în realitate, ea nu este altceva decît un intertrigo cu streptococ, enterobacterii (enterococ, coli, *Proteus)* sau cu levuri care se pot găsi în asociaţie.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi individualizat în funcţie de tipul clinic şi etiologic (pentru eczematidele seboreice, vezi Dermatita seboreică).

În eczematidele avînd ca punct de plecare un focar de infecţie cutanat (impetigo, intertrigo, dermite microbiene paratraumatice, rinite, otite etc.), se va face în primul rînd tratamentul afecţiunii primare (vezi Piodermitele, Eczemele, Dermitele microbiene şi micotice).

În cele suspectate ca avînd ca punct de plecare un focar criptic (rino-faringian, otic, dentar), acesta va fi sistematic cercetat şi asanat chirurgical sau prin antibiotice (vezi Piodermitele).

În cazurile fără focar evident se vor face investigaţii clinico-anamnestice şi de laborator în direcţia tubului digestiv, reţinîndu-se orice suferinţă a acestuia, inclusiv a colecistului (se vor face însămînţări din bilă, se vor căuta *Lamblia* şi *Candida*). Disbacteria va fi tratată cu Saprosan, Mexaform, Cifoform, Ftalilsulfatiazol (vezi Eczemele) ; *Lamblia* va fi combătută cu aceleaşi chimioterapice şi mai ales cu antipaludice de sinteză : Clorochin şi Mepacrin (Atebrin). Prezenţa candidei în bilă impune un tratament cu Stamicin, fiind activi însă şi derivaţii oxichinoleinici citaţi (vezi Candidozele). Prezenţa enterococului sau a colibacilului reclamă efectuarea antibiogramei, pentru alegerea antibioticului sau chimioterapicului activ (Streptomicină, Cloramfenicol, Furazolidon, Nitrofurantoin, Sulfametin (Bayrena) etc.

În parakeratoza microbiană în placarde se vor administra antibiotice (numai în formele zemuinde, crustoase, cu erupţii secundare) : Penicilina G, sodică sau potasică, 1 200 000—2 400 000 u./24 de ore, Eritromicină 2 g/24 de ore, Tetraciclină 2 g/24 de ore.

Imunoterapia desensibilizantă se face cu anatoxină streptococică şi vaccin antistreptococic (autovaccin), ca şi cu vaccin (autovaccin) antienterococic sau anticolibacilar, în funcţie de germenul în cauză, administrîndu-se în doze mici, progresiv crescînde, de la 0,1 la 0,5 ml, la 2 zile subcutanat. În formele cu mare sensibilizare, în plin puseu eruptiv, se va începe cu diluţia 1/10.

Ca medicaţii patogenice se vor administra :

— **corticoizi,** în doze mici sau medii (Prednison 20—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore), indicaţi în formele cu leziuni intens eruptive, congestive, pruriginoase şi cu tendinţă la exsudaţie ;

— **antihistaminice de sinteză :** Romergan, Feniramin, Nilfan, Clorfenoxamină, cîte 2—3 drajeuri, respectiv comprimate. În formele intense se recomandă administrarea primelor două, timp de mai multe zile, pe cale parenterală (vezi Eczemele, Eritrodermiile).

În formele trenante cu tendinţa la cronicizare se vor utiliza şi alte medicaţii şi procedee de desensibilizare (vezi Eczemele) ; Reticulin, Calciu clorat şi bromat. Tiosulfat de sodiu, sînge conservat şi citratat etc.

Scanned with OKEN Scanner

În formele foarte pruriginoase și la cei cu mare iritabilitate neuropsihică și vegetativă se vor administra sedative nervoase, neuroleptice și tranchilizante (vezi Eczemele).

Alimentația va fi restrictivă cu preparatele conservate, condimentate și fermentate, precum și cu băuturile alcoolice.

TRATAMENTUL LOCAL

Va fi și el individualizat în funcție de localizare, aspect clinic și etiologie.

În eczematidele pitiriaziforme și psoriaziforme se vor face aplicații o dată sau de mai multe ori pe zi, cu mixturi agitante simple sau conținînd antipruriginoase reductoare și corticoizi.

Rp. Talc
Oxid de zinc āā 20 g
Glicerină
Apă de calciu (distilată) āā 30 g
Anestezină 2—3 g
Xilină 0,25 g
(3—6 fiole a 2 ml cu soluție de 4% sau 6 fiole cu soluție 2%)
Hidrocortizon 250 mg
Ihtiol 1—2 g

Mai tîrziu pot fi utilizate unguente cu corticoizi : Cornemin, Locacorten, Synalar, Triamcinolon.

În parakeratoza în placarde se vor aplica, în formele umede, zemuinde, comprese umede cu acid boric sau borax 2%, tanin-borax 5‰, infuzie de camomila sau Romazulan diluat ; acestea vor fi schimbate la 2—3 ore timp de 24 de ore, după care se va trece la aplicarea de unguente cu corticoizi și antibiotice : Cornemin, Synalar N și Triamcinolon cu saprosan, iar în leziunile lichenificate cu corticoizi și reductoare, Tumizon.

sau

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Acid salicilic 0,25 g
Gudron
Ihtiol āā 0,50 g

În forma falsă *tinea amiantacea* a pielii păroase a capului se va proceda la îndepărtarea scuamo-crustelor prin spălare cu apă și săpun, sau cu o vaselină conținînd acid salicilic 1—5%, în funcție de grosimea lor, după care se vor aplica unguente cu antibiotice, corticoizi și reductoare, succesiv sau în asociație :

— unguent cu tetraciclină 3% sau neomicină 1%, Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan apoi Tumizon

sau

Rp. Locacorten 15 g (un tub)
Acid salicilic 0,25 g
Neomicină 0,15 g

apoi

Rp. Locacorten 15 g (un tub)
Acid salicilic 0,25 g
Calomel (prec. alb Hg) 0,50—0,75 g

VIII

DERMATOZE DE CAUZĂ NECUNOSCUTĂ

DISKERATOZA FOLICULARĂ (BOALA DARIER)

Este o dermatoză, uneori familială şi ereditară, care debutează în copilărie sau adolescenţă, rar mai tîrziu.

Simptome. Se caracterizează printr-o erupţie constituită din elemente papulo-crustoase, de aspect gras-murdar, de culoare brună-deschis. Papulo-crustele cornoase au în cea mai mare parte un sediu intrafolicular, dar pot apărea şi în afara foliculilor, realizînd prin confluarea lor placarde întinse de aspect verucos, cu contururi neregulate şi fărîmiţate, în jurul cărora se găsesc elemente caracteristice izolate. Erupţia are o dispoziţie simetrică cu sedii de elecţie pe tîmple, frunte, şanţurile nazo-geniene, axile, pliurile inghinale, regiunile intermamare şi interscapulare ; alte regiuni mai puţin constante, sau afectate în stadiile avansate, sînt : pielea capului, unde crustele, uneori impetigoide, acoperă suprafeţe erozive secretînde, dosul mîinilor, unde papulele keratozice necrustoase simulează verucile plane, palmele şi plantele, unde elementele eruptive se prezintă sub aspectul unei keratoze punctate. În pliuri, datorită transpiraţiei, macerăţiei şi infecţiilor secundare, leziunile devin erozive, vegetante, secretînde, urît mirositoare. Starea generală este nealterată.

Evoluţia este cronică, indefinită, în puseuri lente.

Etiologia bolii este necunoscută. Este considerată ca o displazie embrionară a celulelor epidermice bazale. Localizările elective corespund regiunilor seboreice. Unii autori au găsit o concentraţie sanguină subnormală a vitaminei A.

S-au descris mai multe forme clinice : fruste, zoniforme şi buloase. Acestea din urmă prezintă raporturi interesante cu pemfigusul benign familial al lui Gougerot-Hailey-Hailey, cu care, după unii autori, poate fi chiar asimilat.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

Medicaţia de elecţie o constituie Vitamina A, care se administrează în doze mari şi cure prelungite, repetate :

— Vitamină A, fiole conţinînd 300 000 u.i., soluţie uleioasă de axerophtolum, cîte una pe zi, sau la 2 zile, injectate profund intramuscular (la cei cu panicul adipos gros se va administra eventual per os) ;

— Vitamină A, fiole conţinînd 22 mg/ml palmitat de vitamină A hidrosolubilă, cîte 1/2—1 fiolă (20 000—40 000 u.)/24 de ore intramuscular ;

— Vitamină A, soluţie buvabilă de palmitat de vitamină A, cîte 30—40 de picături/24 de ore ;

— Vitamină A, drajeuri a 10 000 u., cîte 3—6/24 de ore.

La copii, dozele vor fi reduse la 1/2 între 7 şi 15 ani, la 1/4 între 3 şi 6 ani.

Curele vor fi de 30 de zile, repetîndu-le la intervale de o lună, de mai multe ori.

Prin supradozare se pot produce tumefacţii cutanate tardive, în regiunile membrelor inferioare. Uneori apar şi fenomene de intoleranţă, ca anorexie, prurit, alergii difuze.

Un auxiliar care intervine în tulburările proceselor metabolice ale keratogenezei îl constituie Folicisteina U, fiole conţinînd 250 mg cisteină clorhidrică (vezi şi Distrofiile) prescrisă în cantitate de o fiolă la 2 zile, intramuscular profund, la copiii între 7 şi 15 ani cîte 1/2 fiolă şi la cei între 3 şi 6 ani cîte 1/4 fiolă la 2 zile. Curele sînt de 15—20 de injecţii, repetîndu-se de mai multe ori la intervale de 15—30 de zile.

TRATAMENTUL LOCAL

În formele intense, cu leziuni secretînde la nivelul pliurilor, se vor face băi generale cu soluţii slab antiseptice şi dezodorizante (permanganat de potasiu 1/10 000). Apoi se vor aplica unguente conţinînd substanţe keratolitice (acid salicilic 5—10%, rezorcină 10—15%) sau reductoare : oleu cadic 5—10% sau Cignolin 0,50%, în vaselină.

Pe leziunile de dimensiuni mai mici se vor putea aplica şi unguente cu corticoizi în pansamente oclusive, schimbate la 24—48 de ore : Locacorten, Cornemin, Synalar, Triamcinolon şi Tumizon.

Roentgenterapia cu raze moi (Bucky) reprezintă cel mai eficace procedeu terapeutic al bolii (3—4 şedinţe a 500 r, pe fiecare cîmp, repetate săptămînal).

PEMFIGUSUL

Sub denumirea de pemfigus sînt înglobate mai multe dermatoze buloase ale vîrstei adulte, de cauză necunoscută, comportînd un prognostic grav sau rezervat.

Scanned with OKEN Scanner

1. PEMFIGUSUL VULGAR (P. ADEVĂRAT, P. MALIGN)

Debutează brusc, prin cîteva bule apărute în pielea sănătoasă, fără prodromuri, uneori prin bule în cavitatea bucală. După o perioadă variabilă de timp se produce erupţia propriu-zisă, cu elemente buloase multiple, întinse, rotunde, de mărimi variind de la un bob de mazăre la un ou; bulele au un conţinut clar, citrin, care se concretizează în cruste ce acoperă suprafeţele erozive, uneori sîngerînde. Leziunile mai vechi lasă prin vindecare macule cicatriceale pigmentate. Semnul digitopresiunii (Nikolsky) este pozitiv în timpul puseurilor, mai ales în vecinătatea leziunilor buloase. Mucoasele sînt constant atinse, îndeosebi cea bucală, care este sediul unor eroziuni dureroase, producînd disfagie, salivaţie. Starea generală este alterată, bolnavul ajungînd la caşexie şi moarte, care survine, în cazurile netratate, în cîteva luni, pînă la 1—2 ani.

Etio-patogenia este încă obscură. Sînt admise azi de către foarte mulţi etiologia virotică şi mecanismul de autoagresiune (boală autoimună).

2. PEMFIGUSUL VEGETANT

Debutul este asemănător pemfigusului vulgar; ulterior, suprafaţa bulelor deschise, mai ales a celor situate în plici, devine vegetantă, cu formaţiuni papilomatoase secretînde şi fetide.

Pemfigusul vegetant prezintă în general o malignitate mai redusă decît cel vulgar, permiţînd o supravieţuire mai îndelungată a bolnavilor. Există cazuri citate cu evoluţie benignă, vindecabile, după cum există şi cazuri care iau mensul evolutiv grav al pemfigusului vulgar.

3. PEMFIGUSUL FOLIACEU

În această varietate, mai rară în Europa, dar foarte frecventă în America Latină, unde ia un caracter endemic, bulele sînt incomplete, constituindu-se la suprafaţa acestora scuamo-cruste largi, care se dezlipesc uşor, lăsînd dedesubtul lor o suprafaţă roşie şi umedă.

Erupţia realizează în cele din urmă, prin caracterul ei generalizat profuz, aspectul unei eritrodermii descuamative generalizate. Semnul Nikolsky este prezent. Şi această varietate de pemfigus permite o supravieţuire mai îndelungată decît aceea din pemfigusul vulgar; alături de cazuri care evoluează spre moarte, există cazuri care se vindecă spontan sau sub efectul tratamentului.

Scanned with OKEN Scanner

4. PEMFIGUSUL SEBOREIC (SINDROMUL SENEAR-USHER)

Debutul este polimorf și înșelător, cu apariție de leziuni buloase pe trunchi, îndeosebi paravertebral, fie prin placarde eritematoase cu scuame și cruste seboreice, pe pielea capului și față, amintind de dermatita seboreică a feței, fie mai rar prin leziuni de tipul lupusului eritematos pe obraji și nas. Afecțiunea poate rămîne o perioadă de timp monosimptomatică, pentru ca apoi diferitele tipuri de leziuni să se asocieze, mai ales primele două. Semnul Nikolsky este inconstant, uneori este prezent numai în vecinătatea leziunilor buloase, dispărînd de la o zi la alta ; uneori leziunilor buloase le succede placarde verucoase. Pruritul este frecvent. Mucoasele sînt de obicei indemne. Semnele generale sînt discrete sau absente. Evoluția este variabilă, uneori lungă, cronică, de ani de zile, cu remisiuni frecvente, alteori însă este defavorabilă, spre un pemfigus grav, acut sau subacut.

TRATAMENTUL GENERAL

Impune oarecare individualizare, în funcție de tipul clinic de pemfigus și de intensitatea leziunilor.

În pemfigusul vulgar, mai ales în puseuri eruptive se vor institui :

Corticoterapie cu doze de atac mari : Prednison (deltacortizon), comprimate a 5 mg, administrate în doze de 80—100 mg/24 de ore în 3—4 prize, după mese ; Supercortisol (deltahidrocortizon), comprimate a 5 mg, în doze de 60—80 mg/24 de ore ; Superprednol (dexamethasonum), în comprimate a 0,5 mg, în doze de 8—10 mg/24 de ore.

În formele foarte severe se va începe tratamentul cu Hemisuccinat de hidrocortizon, în fiole a 25 mg, în doze de 200 mg/24 de ore, în injecții intravenoase, preferabil în perfuzii lente, timp de 1—2 zile, după care se va trece la administrarea orală a corticoizilor menționați. Doza de atac (care mai poate suferi modificări în zilele următoare, în funcție de evoluție și de eventualele efecte secundare), va fi menținută practic pînă la obținerea unei remisiuni cît mai complete, după care, prin tatonare prudentă, se vor coborî dozele, în palier, cu cîte 1/4 tabletă pe zi sau la două zile, pînă la doza „prag" de întreținere, în măsură să asigure „albirea" leziunilor. Cu această doză de întreținere se va putea continua luni și ani de zile, crescîndu-se la nevoie în funcție de evoluția bolii.

Periodic se vor administra concomitent cu corticoizii : ACTH în doze de 100 u.i./24 de ore, în două prize, timp de 4—5 zile, scăzînd apoi la 75 u.i./24 de ore pe 2—3 zile, apoi 50 u.i. și 25 u.i./24 de ore cîte 2—3 zile și

Anabolizanți (vezi Arsurile) în cure de 20—30 zile : Naposim în doză de 10 mg/24 de ore ; Madiol, cîte 2—3 comprimate/24 de ore sau cîte o fiolă ; Testosteron fiole a 25 mg, cîte una la 2—3 zile ; Estradiol, fiole a 5 000 u.i., cîte o fiolă la 2—3 zile, în total 5—6 fiole.

Scanned with OKEN Scanner

Antibiotice de tipul Tetraciclinei, în doze minime de 1—1½ g/24 de ore în cure de mai multe săptămîni, asociind complexe vitaminice (B. complex, Electovit, Viplex), Stamicin (2—3 drajeuri/24 de ore), iaurt.

Recent se utilizează cu rezultate uneori bune :

Chimioterapice citostatice cu acţiune imunosupresivă : Imuran, comprimate a 50 mg, în doze de 100—150 mg/24 de ore, timp de mai multe săptămîni ; Methotrexat, comprimate a 2,5 mg, în doză de 5—10 mg/24 de ore, de două-trei ori pe săptămînă, timp de mai multe săptămîni.

Se va supraveghea toleranţa generală, în special leucohemograma (frecvente şi uneori precoce leucopenii).

Se mai pot prescrie :

Gammaglobuline (vezi Piodermitele) ; transfuzii de sînge, plasmă şi substituenţi macromoleculari (vezi Arsurile).

În pemfigusul vegetant, seboreic şi foliaceu se va institui un tratament mixt cu :

— antibiotice de tipul Tetraciclinei (vezi mai sus) ;

— corticoizi în doze medii : Supercortisol 20—30 mg şi Prednison 30—40 mg, în cure de durată mijlocie (2—3 săptămîni) ;

— antipaludice de sinteză (Clorochin în doze de 400—800 mg/24 de ore) în cure de 3—4 săptămîni.

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor prescrie (vezi Boala Dühring) :

— băi generale călduţe prelungite (1—2 ore) cu soluţii foarte slab antiseptice (permanganat de potasiu) ;

— baldijonări cu soluţie apoasă de violet de genţiană 1% şi

— liniment oleo-calcar sau unguente conţinînd antibiotice (Tetraciclină, Cloramfenicol 2—3%, Neomicină 0,50 g) şi corticoizi.

Rp. Liniment oleo-calcar 100 g
Hidrocortizon 500 mg sau
Cornemin, Synalar N,
Triamcinolon cu saprosan.

DERMATITA HERPETIFORMĂ DÜHRING-BROCQ

Este o afecţiune buloasă eruptivă, pruriginoasă sau dureroasă, caracterizată printr-un important polimorfism lezional.

Simptome. Erupţia se manifestă prin elemente predominant veziculo-buloase, de diferite mărimi ; unele sînt voluminoase, realizînd tipul pemfigoid al afecţiunii sau *pemfigoidul bulos* Lever, autor care încearcă să izoleze această formă ca o entitate anatomo-clinică aparte ; altele sînt mici, de 1—3 cm în diametru, de obicei numeroase şi grupate, fie circinat, fie

în buchet, realizînd tipul herpetiform. Cele două tipuri de bule se găsesc adesea asociate. Bulele apar, fie pe plăci eritemato-urticariene, adesea cu contur policiclic, fie, mai rar, în pielea sănătoasă. Conținutul bulelor este la început clar, citrin, devenind curînd tulbure, purulent. Prin ruperea bulelor sau concretizarea *in situ* a lichidului acestora se formează cruste impetiginoide. Semnul Nikolsky este de obicei absent.

Alături de bule și independent de acestea mai pot fi inconstant întîlnite : pete și placarde eritemato-edematoase urticariene, cu contur policiclic sau cu configurație circinată, plăci eritemato-scuamoase (Gougerot) și, mai rar, placarde eritemato-lichenoide pigmentare simulînd lichenificarea.

Semnele subiective care precedă și însoțesc puseurile eruptive constau în : prurit, arsuri, usturimi și chiar dureri, și au o importantă valoare diagnostică.

Erupția este ubicuitară, dar se localizează în special pe membre și rădăcinile acestora și pliuri. Există forme evoluînd cu elemente puține, uneori solitare, reproducîndu-se pe aceeași zonă (fixe).

Mucoasele sînt inconstant afectate ; cel mai frecvent, în circa 50% din cazuri, este atinsă mucoasa bucală, celelalte fiind foarte rar afectate.

Starea generală este de obicei nealterată, cu excepția puseurilor intense pemfigoide și la vîrstnici, cînd pot fi întîlnite febra moderată, nefropatii ș.a. Eozinofilia sanguină este frecventă, dar nu constantă.

Evoluția se face în puseuri durînd săptămîni sau luni, întretăiate de remisiuni mai mult sau mai puțin durabile, însă, afecțiunea are un mers continuu, fără nici o tendință de remisiune spontană.

Etio-patogenia bolii Dühring este încă neclarificată. Apare la orice vîrstă ; poate fi declanșată de sarcină *(herpes gestationis)* și alți factori : vaccinare antivariolică, verminoză intestinală, infecții, reticuloze, administrare sau aplicații locale de medicamente etc. Au fost emise ipoteze asupra etiologiei infecțioase și mai ales alergice (Tzanck, Bernhard, Ceruti ș.a.), cu semnificația de sindrom reactiv polietiologic.

Prognosticul este favorabil în majoritatea cazurilor, excepție fac formele grave pemfigoide („pemfigoidul bulos") și ale vîrstnicilor, în care rămîne rezervat.

TRATAMENTUL GENERAL

Etiologic și preventiv. Vor fi cercetați și îndepărtați diverși factori menționați ca posibil favorizanți ai declanșării afecțiunii.

Se vor administra, în special dacă există infecție piococică secundară :

— *antibiotice :* Tetraciclină 2 g/24 de ore, Eritromicină 2—3 g/24 de ore, Cloramfenicol 1 g/24 de ore în cure de 10—12 zile (cloramfenicol 6—7 zile) (vezi Piodermitele) ;

— sulfamide, îndeosebi de tipul Sulfapiridinei și Sulfone.

Simptomatic se vor prescrie, în funcție de evoluție, intensitatea manifestărilor cutanate și generale ;

— *corticoizi* în doze medii : Prednison 30—40 mg/24 de ore, Super-

Scanned with OKEN Scanner

cortisol 20—30 mg/24 de ore, Superprednol 4—8 mg/24 de ore, curele vor fi de 15—20 de zile, la nevoie prelungite (vezi Pemfigusul) ;

— *antihistaminice de sinteză :* Romergan, Feniramin, Nilfan, Clorfenoxamină. Primele două vor putea fi administrate la început pe cale parenterală (intramuscular) (vezi Eczemele).

În formele prelungite, rebele, se mai pot prescrie :

— *antipaludice de sinteză :* Clorochin 400—800 mg/24 de ore, în cure de 3 săptămîni, eventual repetate după o pauză de 1—2 săptămîni ;

— procedeul Spillman : peptonă soluție 5%, cîte 10 ml intramuscular, la 2 zile, alternînd cu :

— Calciu clorat, intravenos, la 2 zile ;

— Adrenalină 1‰, cîte 20—40 de picături în mai multe prize, la intervale de 2—3 ore (sublingual, pe zahăr) ;

— Ergotină (Ergomet fiole, conținînd 0,2 mg de *ergometrinum maleinicum*, preferabil per os, cîte o fiolă/24 de ore, în puțină apă, în două prize.

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor face băi generale călduțe cu soluții slab antiseptice (permanganat de potasiu pînă la culoarea roz-palid) ; eventual, bulele mari se vor deschide și curăța de resturile flictenulare, după care se vor face :

— badijonări zilnice cu o soluție de violet de gențiană de 0,5—1% și se vor aplica :

— unguente cu corticoizi : Cornemin, Synalar N, Locacorten, Triamcinolon cu saprosan. Este foarte indicat aici Terra-Cortryl-ul (flacon-*spray*).

IMPETIGOUL HERPETIFORM (HEBRA)

Este o afecțiune rară, mai ales la femei gravide, cu prognostic grav ; netratată are sfîrșit letal în 50% din cazuri ; în timpul graviditătii, prognosticul este grav și pentru făt.

Simptome : Începe prin apariția unor leziuni pustuloase care se grupează în placarde pe un fond eritematos. Ulterior, pustulele se rup și confluează în plăci eritematoase zemuinde, acoperite de cruste care păstrează elemente pustuloase izolate la periferie. Leziunile se localizează mai ales în pliurile inghinale, abdomen, axile, fese. Simptomele de ordin general sînt constante : febră ridicată, anorexie, diaree, dureri articulare etc.

Etiologia pare să fie infecțioasă, virotică ; unii autori apropie boala de *herpes gestationis*, care după cei mai mulți, nu ar fi decît o formă clinică particulară a dermatitei Dühring-Brocq. Disfuncția paratiroidiană pare să joace un rol important (frecvența hipocalcemiei).

TRATAMENTUL GENERAL

Este asemănător celui din pemfigus : se vor administra :

— antibiotice de tipul Tetraciclinei, 2—3 g/24 de ore, în cure care vor fi prelungite, în funcție de evoluție, timp de mai multe săptămîni ;

Scanned with OKEN Scanner

— *corticoterapie* în doze de atac, ridicate : Prednison 60—80 mg/24 de ore, Supercortizol 40—60 mg/24 de ore, Superprednol 8—12 mg/24 de ore. În formele foarte severe se va începe cu Hemisuccinat de hidrocortizon, 200—400 mg/24 de ore, eventual în perfuzii intravenoase lente, timp de 1—2 zile, după care tratamentul va fi continuat pe cale orală ca mai sus ;

— *Gammaglobuline* (vezi Piodermitele și Pemfigusul).

Se vor prescrie ca auxiliare :

— *anabolizanți :* Naposim, Madiol, Testosteron ;

— Calciu bromat, Calciu clorat sau Calciu gluconic la femeile cu hipocalcemie ;

— în unele forme grave și recidivante se va proceda la întreruperea sarcinii.

TRATAMENTUL LOCAL

Este asemănător celui din boala Dühring și pemfigus :

— băi generale cu o soluție slabă de permanganat de potasiu ;

— badijonări cu o soluție apoasă de violet de gențiană de 1% și unguente cu corticoizi : Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan, Locacorten.

PITIRIAZISUL RUBRA PILAR

Este o dermatoză cronică survenind în copilărie sau adolescență, mai rar la vîrsta adultă, caracterizată prin mici papule roșii și cornoase, foliculare.

Simptome. Papulele se grupează, formînd placarde eritematoase întinse, prost delimitate, care dau la pipăit senzația de răzătoare ; sediile de elecție sînt membrele, îndeosebi antebrațele, brațele, regiunea lombosacrată și trunchiul. După localizare, pitiriazisul *rubra-pilar* ia aspecte foarte diferite, caracteristice pentru fiecare din regiunile afectate : pe fața dorsală a mîinilor, papulele sînt mai puțin proeminente, dar net keratozice ; pe dosul primelor falange se constată conuri peripilare negricioase, constituind un semn de mare importanță diagnostică ; la palme și plante se prezintă ca o keratodermie difuză, moderată, de culoare roz-gălbui ; la unghii produce o hiperkeratoză subunghială, cu unghii ridicate și striate ; la coate și genunchi, leziunile iau aspectul unor plăci psoriaziforme ; la față, pielea este uscată, discret granulată și aspră, adesea însă cu plăci scuamo-cornoase groase, sfărîmicioase. Pruritul este moderat sau nul.

Există forme generalizate acute de la început, eritrodermice, în care papulele cornoase sînt șterse, singurele leziuni evocatoare fiind acele conuri cornoase negricioase de pe prima falangă.

Etiologia este necunoscută. Existența cazurilor familiare conduce la ideea de genodermatoză ; au mai fost susținute : natura tuberculoasă, în sensul unei sensibilități generale la toxinele bacilare (Longhin ș.a.), și hipovitaminoza A.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

Majoritatea autorilor prescriu ca medicație de elecție Vitamina A sub formă de :

— Vitamină A fiole a 300 000 u.i. soluție uleioasă, cîte una la 2 zile, în cure de 15—20 de fiole, repetate la 1—2 luni interval ;

— Vitamină A palmitat, fiole a 40 000 u.i., cîte $^1/_2$—1 fiolă/24 de ore în cure de 30—45 de zile, sau soluție buvabilă, cîte 30—50 de picături/24 de ore ;

— Vitamină A drajeuri a 10 000 u., 3—6/24 de ore.

La copii de 7—15 ani se vor administra jumătate din dozele adultului, iar la cei de 3—6 ani, $^1/_4$ din dozele adultului. La copii se mai poate prescrie și vitamina A soluție uleioasă buvabilă : 5 000—100 000 u.i./24 de ore în funcție de vîrstă.

Se vor supraveghea toleranța și eventualele fenomene de hipervitaminoză : anorexie, iritabilitate neuropsihică, dureri osoase, la copii hepatosplenomegalie, anemie hipocromă și hemoragii, febră.

Se mai utilizează cu rezultate inconstante terapia tiroidiană („tiroidă"), săruri arsenicale (Arifen, fiole, zilnic sau la două zile, subcutanat, în cure de 15—20 de injecții — nu la copii), Vitamină D_2 după schema Charpy (vezi Lupus-ul tuberculos).

— *Imunoterapie* desensibilizantă cu antigene bacilare (tuberculină 1/100 000), endotoxină bacilară BCG (Longhin), în doze de 0,1—0,2—0,3 ml, la 2—3 zile subcutanat în cure de 1—2 luni.

În formele eritrodermice, acute, congestive, se va putea recurge la corticoizi în doze medii : Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore, în cure de 15—20 de zile.

TRATAMENTUL LOCAL

Afecțiunea beneficiază de :

— băi călduțe, emoliente, simple sau de „tărîțe", prelungite, zilnic sau la două zile, urmate de ungeri cu :

— liniment oleo-calcar, glicerolat de amidon sau vaselină, cărora li se încorporează acid salicilic 1—5%, în funcție de grosimea hiperkeratozei ;

— leziunile rebele vor fi tratate eventual cu topice conținînd reductoare (vezi Psoriazisul) ;

— iradierile cu ultraviolete dau uneori rezultate favorabile.

PITIRIAZISUL ROZAT GIBERT

Este o dermatoză eruptivă maculo-eritemato-scuamoasă, cu evoluție ciclică, vindecîndu-se spontan după 6—8 săptămîni.

Simptome. Erupția este precedată cu 10—15 zile înainte de o pată unică (placa primitivă Brocq) ; acest medalion, rotund sau ovalar, este mai mare decît restul petelor, avîndu-și sediul oriunde, mai frecvent pe torace. Erupția constă din pete de culoare roz sau roz-gălbui, acoperite cu scuame fine, lamelare, asemănătoare cu eczematidele pitiriaziforme ; ea se insta-

Scanned with OKEN Scanner

lează prin cîteva puseuri, cu localizare simetrică, pe trunchi, gît, membre, respectînd de obicei faţa şi pielea capului. Caracteristică leziunilor este scuama, care cuprinde numai centrul ; aceasta păleşte cu timpul şi se plisează fin în direcţia tracţiunii pielii. Există forme veziculo-buloase (cu bule avortate, uscate). Pruritul lipseşte sau este redus.

Etiologia este neclarificată : a fost considerată ca o boală eruptivă, datorită unui virus special. Se comportă mai curînd ca o erupţie alergică secundară, de tipul parakeratozei pitiriaziforme.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi simptomatic şi patogenic, administrînd :

antihistaminice de sinteză : Romergan, Nilfan, Feniramin, Clorfenoxamină ; în formele intens eruptive se va începe cu administrarea Feniraminului şi Romerganului pe cale parenterală (vezi Eczemele) ;

— **sedative nervoase, neuroleptice, tranchilizante** dacă există prurit (vezi Eczemele) ;

— **corticoterapia** va fi prescrisă în formele eruptive acute, intense, cu leziuni generalizate, congestive, pruriginoase, corticoizii vor fi administraţi în doze medii (Prednison 20—30 mg/24 de ore, Supercortisol 15—20 mg/24 de ore, în cure de 8—12 zile).

Se mai prescriu ca desensibilizante : Hiposulfit de sodiu per os

Rp. Hiposulfit Na chimic pur 20 g
Sirop 50 g
Apă distilată ad 250 g

din care se vor lua cîte 3 linguri/zi (înainte de mese),
Reticulin, cîte 1 fiolă/24 de ore sau la două zile, intramuscular Calciu clorat 1 fiolă/24 de ore intravenos etc. (vezi Eczemele).

Se vor corecta eventualele tulburări digestive, respectiv disbioza intestinală, prin eubiotice (Mexaform, Saprosan, Cifoform), eupeptice după caz, regim alimentar etc. (vezi Eczemele).

TRATAMENTUL LOCAL

Este suficientă adesea tamponarea cu o mixtură antipruriginoasă :

Rp. Talc
Oxid de zinc āā 20 g
Glicerină
Apă distilată āā 30 g
Anestezină 2—3 g
Mentol 0,50%

la care se pot asocia şi corticoizi.

Rp. Talc
Oxid de zinc
Glicerină
Apă distilată āā 5 g
Hidrocortizon 200 mg

Scanned with OKEN Scanner

Mai tîrziu se pot utiliza unguente cu conticoizi şi eventual reductoare : Locacorten, Synalar, Cornemin, Triamcinolon, Tumizon sau

Rp. Locacorten 1 tub
Ihtiol 0,30 g sau
Rp. Cutaden 1/2 tub (12 g)
Hidrocortizon 200 mg

În formele cu erupţii foarte intense, congestive, se pot prescrie şi băi călduţe cu amidon (1/2 kg la o baie).

Se va evita săpunul pe cît posibil (risc de iritare) utilizîndu-se o emulsie de gălbenuş de ou.

EPIDERMOLIZELE BULOASE

Sînt distrofii cutanate congenitale, caracterizate esenţial prin apariţia unor bule traumatice. Sînt în mare proporţie ereditare şi familiale, cu transmitere la tip dominant (în formele simple) sau recesiv (în forma displazică). Producerea cu uşurinţă a bulelor în urma celor mai neînsemnate traumatisme se datoreşte unei diminuări importante a coeziunii dintre derm şi epiderm. La originea malformaţiei distrofice ar sta tulburări endocrine, îndeosebi suprarenale şi hipofizare. Se disting două mari tipuri clinice :

1. EPIDERMOLIZA BULOASĂ SIMPLĂ (KÖBNER)

Simptome. Debutează la nou-născut sau sugar, în primele luni, prin bule posttraumatice, cu sediul pe regiunile expuse frecărilor (plante, palme, coate, genunchi) ; bulele, intraepidermice, superficiale, sau subcornoase, au un conţinut clar sau hemoragic, sînt nedureroase şi dispar în cîteva zile, fără cicatrice persistentă. Semnul Nikolsky este inconstant. În afara unei hiperhidroze palmo-plantare, nu se constată nici o altă anomalie sau alterare a stării generale. Prognosticul este bun, afecţiunea evoluînd cu ameliorări trecătoare pentru a se atenua mult, chiar pînă la vindecare, către adolescenţă sau vîrsta adultă.

2. EPIDERMOLIZA BULOASĂ DISTROFICĂ (DISPLAZICĂ)

Simptome. Mai rară decît forma simplă, poate debuta de la naştere sau mai tîrziu, pînă la 1 an sau chiar pînă la pubertate, rar după această perioadă. Bulele apar, atît după un traumatism, cît şi în mod spontan, ceea ce face ca sediul în care se produc să depăşească pe acela amintit la forma precedentă. Bulele, ca şi în forma simplă (intra- şi subepidermice), se produc uşor prin presiunea digitală (semnul Nikolsky inconstant) şi, spre deosebire de cele din epidermoliza buloasă simplă, lasă cicatrice atrofice, vizibile, îndeosebi pe coate şi genunchi, unde pielea devine subţiată, plisată, de aspectul „foiţei de ceapă". Pe dosul mîinilor, picioarelor şi degetelor, pe locurile unde s-au produs bule, pot apărea mici chisturi epidermice. Mucoasele sînt mai des atinse în această formă decît în aceea simplă, unde afectarea mucoasei bucale era foarte rară. Leziuni-

Scanned with OKEN Scanner

lor buloase li se pot asocia, variabil de la caz la caz, diverse anomalii şi distrofii : (unghiile devin îngroşate, subţiate sau frecvent dispar, degetele cu tegumentele atrofice luînd un aspect efilat, sclerodermiform ; dinţii prezintă adesea un defect de implantare, carii, lipsuri etc.) ; distrofiile capilare constau în alopecii, hipotricoze etc. Inconstant există tulburări neuropsihice (oligo- sau schizofrenie, epilepsie, debilitate mintală), debilitate fizică cu deficit statural şi ponderal etc. Evoluţia este variabilă, de obicei indefinită, rareori ameliorată după pubertate.

TRATAMENTUL GENERAL

Nu aduce decît uşoare ameliorări, cu caracter tranzitor. Se prescriu substanţe cu acţiune eutrofică generală, anabolizanţi etc. (vezi Ihtioza şi keratodermiile). Se prescriu :

— Vitamina A în doze mari, 1/2—1 fiolă a 300 000 u.i. soluţie uleioasă la 2 zile, sau vitamina A palmitat, 1/2—1 fiolă/24 de ore sau din soluţie buvabilă, cîte 30—40 de picături/24 de ore. La copiii sub 7 ani, dozele vor fi de 1/2 sau 1/4 din acelea ale adultului.

Curele sînt de 30—45 de zile, repetate de mai multe ori pe an cu pauze de 1—2 luni între ele ;

— Vitamină B_{12}, fiole a 1 000 γ, cîte una la 2—3 zile, în cure de 15—20 de injecţii, repetate ca mai sus. La copiii de 7—15 ani 1/2 din doza adultului ; sub 7 ani, cîte 5—30 γ la 3 zile, după vîrstă ;

— Vitamină C, cîte 1—1 1/2 g/24 de ore pe cale parenterală sau *per os*, în cure de 2—3 luni, ca mai sus ;

— Vitamină PP cîte 1/2—1 fiolă/24 de ore sau cîte 3—4 comprimate a 100 mg/24 de ore în cure de 1—2 luni — repetate ca mai sus, la copii, în funcţie de vîrstă, 1/4—1 compr./24 de ore, în trei prize ;

— Vitamină E pe cale injectabilă, cîte o fiolă a 300 mg la 2 zile, sau 3 drajeuri a 30 mg α-tocoferol/24 de ore, în cure de 1—2 luni, repetate de mai multe ori pe an. La copii, dozele vor fi de 1/2 şi 1/4 din acelea ale adultului, în funcţie de vîrstă ;

— Folcisteină U, cîte o fiolă a 25 cg la 2 zile ; la copii 1/4—1/2 fiolă, în cure de 15—20 de injecţii, repetate de mai multe ori, cu 10—15 zile pauză ;

— Naposim, comprimate a 5 mg la adult cîte 1—2/24 de ore, la copiii mai mari 1/2—1 comprimat/24 de ore ; la sugari şi copiii pînă la 2 ani, cîte 0,04 mg/kilocorp/24 de ore o picătură din soluţia buvabilă). Curele sînt de 3—4 săptămîni ;

— Madiol, la adult, cîte 1—3 comprimate a 25 mg/24 de ore ; la copiii peste 3 ani cîte 1/4—1 comprimat la 2 zile ; contraindicat în cure prelungite la fetiţe ;

— perfuzii cu plasmă.

Se va cerceta şi trata sistematic sifilisul ; (este util un tratament cu Penicilină (Moldamin) chiar dacă genitorii şi-au tratat corect sifilisul). Corticoizii (Prednison, Supercortisol) pot fi utilizaţi în cure scurte şi doze medii, în puseurile eruptive.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL LOCAL

Este același ca în boala Dühring și pemfigus.

ACRODERMITA CONTINUĂ HALLOPEAU

Cunoscută și sub denumirea de flictenoză recidivantă a extremităților (Audry), se caracterizează prin apariția cu repetiție indefinită, la nivelul degetelor și mîinilor, mai rar al labelor, a unor leziuni veziculo-buloase sau pustuloase, de obicei sterile.

Simptome. Debutul se face la orice vîrstă, prin vezicule sau bule izolate, la nivelul extremității unui deget, fie pe pulpă, fie în jurul unghiei sau pe dosul falangei unghiale. Ulterior, afecțiunea cuprinde alte degete, putînd depăși această zonă, pentru a se întinde la restul tegumentelor mîinilor sau labelor. Evoluția este cronică, indefinită, în puseuri întretăiate de remisiuni. Prin ruperea bulelor sau veziculo-pustulelor se formează exulcerații care se acoperă cu cruste. Epidermul extremităților membrelor se subțiază difuz, devine ușor atrofic, cicatriceal și scuamos. Prin recidivele care se produc la nivelul patului și matricei unghiilor, unghiile cad fără a mai crește ; cu timpul, degetele devin niște bonturi cu epidermul atrofic, semn evocator pentru afecțiune.

— *Etiologia* bolii este încă obscură. Există tendința de a se face o apropiere de psoriazis, îndeosebi de cel pustulos. Se întîlnește, atît la adult, cît și la copil, la care ia frecvent o formă uscată eritemato-scuamoasă.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi în linii mari asemănător celui din psoriazisul pustulos. Se vor administra :

— *antibiotice* în general cu acțiune împotriva stafilococului (vezi Piodermitele stafilococice) ; Penicilină G sodică sau potasică, Eritromicină, Tetraciclină, Cloramfenicol, Meticilin, Oxacilin etc. Curele vor fi de 10—12 zile ;

— Folcisteină U, fiole a 25 cg, cîte una la 2 zile, intramuscular, în cure de 15—20 de zile, repetate de trei, patru ori la 10—15 zile, apoi după mai multe luni. La copii $^1/_2$ și, respectiv, $^1/_4$ de fiolă, în funcție de vîrstă ;

— Vitamină A în doze mari (vezi Epidermoliza buloasă) ; eventual Vitamină $A+D_2$, fiole buvabile, cîte o fiolă conținînd axeroftol 350 000 u.i. și ergosterol iradiat, 300 000 u. la 3—4 zile, în total 5—8 fiole ; la copii cîte o fiolă la două sau, respectiv, la o săptămînă, în funcție de vîrstă. Se mai pot prescrie : Vitamină B_6, Vitamină B_{12}.

TRATAMENTUL LOCAL

— Se prescriu băi călduțe sau comprese umede cu soluții diluate slab antiseptice (permanganat de potasiu, Rivanol, Fenosept, acid boric), apoi după cîteva zile, cu nitrat de argint 1/6 000, resorcină 5‰, podofilină

1/2 000 (aceasta din urmă progresiv 1—2—3×1/zi). Apoi se vor aplica unguente cu corticoizi, la care se vor adăuga eventual ulterior substanțe reductoare : Locacorten, Cornemin, Synalar, Triamcinolon, apoi Tumizon sau

Rp. Locacorten 1 tub (15 g)
Acid salicilic 0,50 g

Rp. Locacorten 1 tub (15 g)
Acid salicilic 0,15 g
Gudron mineral 0,50 g

sau

Ihtiol 0,50 g

Rp. Locacorten 1 tub (15 g)
Acid salicilic 0,15 g
Calomel sau
Precipitat alb Hg 0,50 g

Unii autori recomandă radioterapia superficială sau funcțională pe coloana vertebrală cervicală ori pe axilă.

PSORIAZISUL

Este o dermatoză reactivă eritemato-scuamoasă, de cauză necunoscută, avînd o evoluție cronică și recidivantă, greu curabilă.

Simptome. Se caracterizează prin plăci sau placarde eritemato-scuamoase ușor inflitrate, rotund-ovalare, uneori întinse, cu contur policiclic sau neregulat (geografic). Scuamele caracteristice sînt pluristratificate, lamelare, de aspect micaceu. Prin gratajul metodic cu chiureta sau cu unghia se obțin semne de importanță diagnostică : al petei de lumînare, al peliculei decolabile (ultima scuamă mai aderentă de epiderm) și semnul denumit „roua sîngerîndă" (Auspitz), constînd din apariția unor foarte mici puncte hemoragice după îndepărtarea peliculei decolabile. Topografia leziunilor este în parte caracteristică : ele se dispun simetric mai ales pe fețele externe ale membrelor, îndeosebi pe coate și genunchi, sacru, articulația falangelor, periunghial (locuri de presiune), pielea capului. O particularitate a afecțiunii o constituie apariția leziunilor pe zonele traumatizate (semnul lui Köbner) (înțepături, leziuni de grataj, cicatrice postoperatorii etc.). Unghiile sînt atinse frecvent, prezentînd aspectul patognomonic de degetar (presărat cu mici godeuri) sau striuri și pahionichie.

Există numeroase forme clinice : psoriazis inversat (cu leziuni în pliuri), lichenoid (simulînd neurodermita), zemuind (simulînd eczema), psoriazis pustulos generalizat sau localizat, cu sediul de elecție pe plante și palme, în care, pe fondul unor placarde eritemato-scuamoase circumscrise, apar, în puseuri repetate, erupții de elemente pustuloase monomorfe.

Ca forme severe sînt de menționat : forma eritrodermică (primară sau secundară, prin confluarea și generalizarea leziunilor formei obișnuite, care survine spontan sau după tratamente intempestive) și psoriazisul atropatic (2—3% din cazuri), care se însoțește de artropatii dureroase, deformante și anchilozante, asemănătoare celor din poliartrita cronică evolutivă (reacția Waaler Rose negativă).

Scanned with OKEN Scanner

Etiologia și patogenia psoriazisului continuă să rămînă obscure. Se observă cu mare frecvență, atingînd indivizi de toate vîrstele, chiar și copilul de cîțiva ani. Este rar la rasa neagră și la tropice. Factorii genetici sînt indiscutabili : au fost observate numeroase cazuri ereditare și familiale (15—20%). Sînt de asemenea indiscutabile : factorul traumatic, (fenomenul Köbner), cel psihic (recidive după șocuri emoționale). Mai puțin probante sînt alte ipoteze etio-patogenice emise : tulburări metabolice, în special cele ale lipidelor, carențe vitaminice, factori endocrini, rolul infecțiilor și concepția unui sindrom alergic polietiologic (cu sensibilizare la antigene variate : microbiene (îndeosebi bacilare), fungice, medicamentoase, apărînd la indivizi predispuși (Longhin), concepția unei afecțiuni psihonevrotice și aceea a unei boli de adaptare. Evoluția este cronică, indefinită, cu remisiuni spontane și terapeutice de durată variabilă.

TRATAMENTUL GENERAL

Incertitudinea cu privire la etiologia bolii nu permite un tratament cauzal satisfăcător ; el oferă rezultate inconstante și adesea cu efecte tranzitorii :

— *imunoterapia* cu antigene bacilare, tuberculină 1/100 000 și mai ales *endotoxină bacilară (Longhin)* (vezi Tuberculidele) ar acționa aci mai mult ca desensibilizant nespecific. Endotoxina oferă rezultate dintre cele mai durabile, în doze progresiv crescînde, de la 0,1 la 0,5 ml din diluția 1/1 000, la 2 zile, suboutanat, în cure de 1—2 luni, repetate la nevoie ;

— Vitamină A în doze mari (vezi Ihtiozele, Epidermoliza buloasă), eventual în asociere cu Vit. D_2 (vezi Acrodermatita Hallopeau).

— Vitamine din grupul B : B_1 forte, B_2, B_6 și B_{12} 1 000 γ, cîte 1 fiolă la 2 zile, în serii de 15—20 de injecții, repetate la nevoie după o pauză de o lună ;

— factori lipotropi : Mecopar forte, cîte 2—3 comprimate/24 de ore, Heparină lipocaică, comprimate sublinguale conținînd cîte 1 000 u.i. și 20 mg factor lipocaic pancreatic, cîte 3—6/24 de ore după mese, ținute sub limbă pînă la topire. Produce o scădere apreciabilă a β-lipoproteinelor transportoare de colesterol și scindarea moleculelor mari lipo-proteice în molecule mici, ușor difuzabile și asimilabile ;

— compuși organici sulfurați, eficace mai ales la cei cu glutationul sanguin subnormal : Metionină 2—3 g/24 de ore, Mecopar forte (vezi mai sus) sau cisteină sub formă de Folicisteină (vezi Ihtioza) etc.

Unii autori mai prescriu încă vechi medicații ca săruri de arsenic sau săruri de bismut : Bismosal (fiole conținînd 0,10 g bismut salicilic bazic în suspensie uleioasă), în serii de 12—15 fiole, cîte două pe săptămînă, cu supravegherea stării funcționale a rinichilor și a stării gingiilor.

Corticoterapia va fi rezervată formelor eruptive intense, acute, eritrodermice sau artropatice severe. Dozele vor fi individualizate după gravitatea cazului. În general sînt indicate doze medii și cure mijlocii ca durată : Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortizol 20—30 mg/24 de ore, Superprednol 2—3 mg/24 de ore ;

Scanned with OKEN Scanner

Climatoterapia, îndeosebi cura helio-marină, poate duce la albiri, de obicei de scurtă durată.

Psihoterapia este utilă mai ales la bolnavii la care factorul neuropsihic a jucat un rol etiologic.

Recent au fost utilizate cu rezultate favorabile citostatice ca Metothrexatul (vezi Reticulozele, Lupusul eritematos), considerat de mulţi ca o medicaţie de elecţie, în doze de 2,5—5 mg/24 de ore *per os,* de două-trei ori pe săptămînă timp de 2—3 săptămîni. Se vor controla riguros în cursul tratamentului hemograma şi probele funcţionale hepatice.

La femeile în menopauză se utilizează uneori cu rezultate foarte bune estrogenii (vezi Acneele).

TRATAMENTUL LOCAL

În formele cu leziuni multiple, diseminate (psoriazis universal), eritrodermice, sînt indicate băi călduţe zilnice în care se pun 2—3 linguriţe din emulsia :

Rp. Oleu cadini 40 g
Gumă tragacantă 10 g
Apă caldă 250 g

după care se vor aplica unguente (ca şi în formele celelalte), conţinînd substanţe exfoliante şi reductoare, la care este util să se asocieze şi corticoizi.

Rp. Acid salicilic 2 g
Magnezie usta 10 g
Vaselină 90 g

Rp. Oleu cadini 20 g
Acid salicilic 5 g
Precipitat alb Hg 3 g
Vaselină ad 100 g

Se va aplica iniţial diluată în părţi egale cu o pastă grasă (Lassar) sau Jecozinc, crescînd apoi progresiv proporţia pomezii cadice şi scăzînd pasta Lassar pînă ce se ajunge la utilizarea pomezii cadice pure. Nu se va aplica deodată pe suprafeţe întinse (risc de absorbţie a precipitatului alb de mercur).

Pe leziunile rezistente vechi, dar limitate ca suprafaţă, se va recurge la reductoare de tipul crisarobinei şi Cignolinei, începînd cu concentraţii slabe.

Rp. Crisarobină 2—5 g
sau
Cignolin 0,20—0,50 g
Vaselină ad 100 g

Rp. Cignolin 1 g
Benzen 100 g
sau
Colodiu elastic 100 g

aceste substanţe reductoare se utilizează cu prudenţă pe suprafeţe limitate din cauza riscurilor de resorbţie cutanată şi de iritaţii toxice renale şi oculare.

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Acid salicilic 0,50 g

sau

Gudron 0,50 g (3%)
preferabil sub pansamente ocluzive cu poliester.

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Acid salicilic 0,15 g
Calomel 0,50 g

sau

Precipitat alb Hg 0,50 g
se va utiliza pe față și pielea capului.

În condiții de spitalizare se mai pot utiliza :
— badijonări cu soluție de eozină 2%, urmate de iradiere cu ultraviolete (Gougerot-Degos) sau aplicații cu gudron 2—10% în vaselină, seara și iradierea cu ultraviolete a doua zi dimineața, timp de 1/2—15 minute, crescînd progresiv (Goechermann-O'Leary).

Unii autori recomandă radioterapia superficială, preferabil razele moi (Bucky), 10 kV, fără filtru, 25 mA, DFC 30 cm.

PARAPSORIAZISURILE

Parapsoriazisurile constituie un grup de dermatoze (Brocq) obiectiv diferite una de alta, avînd însă comun : asemănarea morfo-clinică în linii mari cu psoriazisul, etiologia necunoscută, durată cronică, îndelungată, de obicei indefinită.

Se disting trei tipuri principale :

1. PARAPSORIAZISUL „ÎN PICĂTURI", CU VARIETATEA SA PARAPSORIAZISUL "VARIOLIFORM"

Se manifestă sub forma unei erupții diseminate pe trunchi și mai ales pe membre, nepruriginoasă, al cărei polimorfism rezultă din evoluția ciclică a leziunii elementare. Aceasta este o mică papulă, roșie-închis-arămie (sifiloidă), ușor bombată, lucioasă sau mată ; crește și se acoperă cu o scuamă uscată, cenușie, caracteristică, care albește prin grataj ușor, detașîndu-se un bloc prin zgîrietură mai energică cu chiureta sau unghia (semn de mare valoare diagnostică). După aproximativ două săptămîni, papula se turtește, scuama acoperind o pată cenușie sau brună-deschis. Papule noi apar continuu, prelungind afecțiunea indefinit. Sînt posibile remisiuni de lungă durată.

O formă particulară de parapsoriazis în picături o constituie parapsoriazisul varioliform Mucha, în care erupția poate lua parțial sau, mai rar, în totalitate, aspectul papulo-pustulos necrotic ; în primul caz, elementele papulo-necrotice, coexistă cu cele papulo-scuamoase obișnuite. Puseuri eruptive se însoțesc uneori de reacții febrile ; adesea are o evoluție limitată, putînd dispărea în 3—6 săptămîni, lăsînd în urmă mici cicatrice bine marcate, indelebile, varioliforme.

Scanned with OKEN Scanner

Etio-patogenia este încă obscură. Afecțiunea apare, atît la copil, cît și la adult, mai frecvent la sexul masculin. Au fost invocate : etiologia bacilară (Civatte), cea infecțioasă cu germeni banali (stafilococi, streptococi), agenți micotici sau un virus special. Ca mecanism este foarte probabil vorba de unul alergic, care în forma necrotică Mucha este de tip vascular, de unde tendința de a se include azi această formă anatomo-clinică în grupul vascularitelor alergice.

2. PARAPSORIAZISUL ÎN PLĂCI

Este o dermatoză a adultului, de cauză nedeterminată, constituită din plăci eritematoase de dimensiuni variabile, ajungînd pînă la mărimea unui pod de palmă și mai mult, roz, uneori brune-gălbui, alteori cu reflex violaceu ; au contururi variate, cînd nete, cînd imprecise, uneori ovalare, alteori alungite, simulînd niște amprente digitale. Există o formă cu plăci mici, numeroase, și una cu plăci puține la număr, în care conturul este adesea neregulat, caracteristic, cu intrînduri unghiulare. Suprafața este netedă, ușor lucioasă, însă la un examen atent și prin gratajul metodic arată o descuamație cu scuame fine, pudroase, aderente ; uneori, aspectul este de epiderm subțiat atrofic. Plăcile, de obicei nepruriginoase, sînt diseminate pe trunchi și membre, respectînd în general fața, palmele, plantele și pielea capului. Evoluția este cronică, elemente noi apar continuu alături de cele vechi, care de regulă persistă indefinit ; foarte rar unele pot dispărea. Prognosticul este însă rezervat, fiind posibilă o transformare într-o reticuloză, de obicei de tipul micozisului fongoid, deși relativ rar posibilă cu începere de obicei din a treia decadă de evoluție.

3. PARAPSORIAZISUL LICHENOID (LICHEN VARIEGATUS)

Este considerat de cei mai mulți autori ca o varietate a parapsoriazisului în plăci. Constă din placarde eritemato-scuamoase asemănătoare formei precedente, de care se deosebesc prin aspectul reticulat, cu ochiuri fine și neregulate. Treneurile reticulului, deprimate, atrofice, marchează în ochiurile lor false papule lucioase, lichenoide. Epidermul lasă să se vadă prin transparență capilare dilatate și o pigmentație brună-galbenă neomogenă pe fondul roșu-violaceu al plăcilor.

Aspectul de ansamblu pestriț, poikilodermic, asemănător celui de radiodermită, este caracteristic.

Evoluția este cronică, indefinită, cu posibilitatea, ca și în forma precedentă, de transformare într-o reticuloză malignă, de obicei în micozis fongoid.

TRATAMENTUL GENERAL

Diferitele medicații utilizate oferă de obicei numai rezultate parțiale și tranzitorii.

— *Crisoterapia* (Solganal B oleosum) (vezi Lupusul eritematos) este eficace în parapsoriazisul în picături ;

Scanned with OKEN Scanner

— *antibioticele* de tipul Tetraciclinei (2—7 g/24 de ore) (vezi Piodermitele) sînt indicate în formele intensive, cu erupţii acute profuze şi în forma variceliforma Mucha ;

— *Vitamina* D_2 în doze masive, după procedeul Charpy (vezi Lupusul TBC), şi C cîte 1—1½ g/24 de ore intravenos (Degos) ;

— *corticoterapia* în doze medii sau mari (Prednison 40—60 mg/24 de ore, Supercortisol 30—40 mg/24 de ore, în cure de 10—15 zile, poate conduce la albiri, însă de scurtă durată. Este mai eficace în parapsoriazisul în picături ;

— *imunoterapia* cu tuberculină diluată 1/100 000 şi *endotoxina bacilară (Longhin)* 1/1 000, administrate în doze mici, cîte 0,1—0,2—0,3 ml, la 2—3 zile, subcutanat, în cure prelungite de 1—3 luni. Imunoterapia cu antigene bacilare dă unele rezultate în parapsoriazisul în plăci şi lichenoid ;

— mai eficace par însă implantele de placentă sau de piele, efectuate preferabil sub plăcile de parapsoriazis (Longhin) ;

— *radioterapia funcţională*, radiculo-medulară, este indicată de unii autori în cazurile în care au eşuat celelalte procedee.

TRATAMENTUL LOCAL

— Iradierile cu ultraviolete, preferabil sub formă de cure helio-marine, dau adesea rezultate bune, îndeosebi în parapsoriazisul în picături ;

— *Radioterapia superficială*, preferabil cu raze moi (Bucky), este adesea eficace în parapsoriazisul în plăci şi lichenoid ;

— unguentele cu corticoizi fluorinaţi (Locacorten, Synalar sau cu Triamcinolon sînt eficace mai ales în pansamente ocluzive, menţinute 24—48 de ore pe plăcile de parapsoriazis ;

— medicaţia reductoare este recomandată de mulţi autori în parapsoriazisul în plăci şi lichenoid, preferabil în asociaţie cu corticoizi (vezi Psoriazisul).

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Acid salicilic 0,25 g
Gudron mineral 0,50 g
sau
Crisarobină 0,50 g

LICHENUL PLAN

Este o dermatoză inflamatorie cronică, pruriginoasă, de cauză necunoscută.

Simptome. Se caracterizează printr-o erupţie formată din mici papule caracteristice, turtite, cu suprafaţă plană sau uşor deprimată spre centru, cu dimensiuni variind de la 1 la 4 mm, uneori şi mai mari. Au un contur vag poligonal, sînt strălucitoare, uneori scuamoase şi o coloraţie de obicei roşie-violacee, mai rar roz sau roşie-aprins (lichen acut). La un examen atent, pe suprafaţa papulelor mai mari se observă un reticul alb-cenuşiu (Wikham), mai bine vizibil după ungerea cu vaselină.

Scanned with OKEN Scanner

Leziunile sînt ubicuitare, dar se localizează cu predilecţie pe faţa anterioară a pumnilor şi a antebraţelor, pe faţa anterioară şi externă a gambelor, partea inferioară a abdomenului, spate, organe genitale. Papulele pot rămîne izolate sau confluează în plăci de dimensiuni variabile, violacee, uşor scuamoase. Gratajul metodic cu chiureta sau unghia pune în evidenţă o scuamă furfuracee, fin lamelară, şi mai apoi o mică bulă subepidermică cu conţinut sero-hematic (Bizozzero), semn de mare valoare diagnostică. Erupţia se însoţeşte de prurit în aproximativ 4/5 din cazuri, cînd discret, cînd intens.

Evoluţia este variabilă, de cele mai multe ori cronică, recidivantă, mai rar acută cu diseminări pe întreg trunchiul şi pe membre, uneori cu generalizarea leziunilor (eritrodermie). După resorbţie îndeosebi în lichenul postauric sau postarsenical, papulele lasă. o pigmentaţie foarte durabilă, semn care permite diagnosticul retrospectiv. Recidivele sînt frecvente.

Forme clinice. *Lichenul obtusus,* cu papule mari (3—8 mm) proeminente, cu sediul obişnuit pe gambe, acoperite de scuame, uneori suprapuse (psoriaziforme) ;

Lichenul verucos, cu elemente mari, proeminente, adesea cu contur policiclic, acoperite de un depozit, cornos, verucos, cu sediul pe gambe, mai rar pe faţa anterioară a încheieturii pumnului ;

— *lichenul bulos,* formă rară, cu bule care pot apărea, fie pe papule de lichen, fie pe pielea sănătoasă ;

— *lichenul pigmentar atrofic,* în care infiltraţia papuloasă este minimă, evoluînd rapid spre resorbţie şi pigmentare ;

— lichenul plan inelar cu majoritatea elementelor micropapuloase dispuse în inele, avînd centrul aparent indemn ; se localizează de preferinţă pe scrot şi teaca penisului ;

— lichenul pielii capului, care se poate prezenta sub mai multe aspecte atipice : a) cu papule roşii, keratozice, perifoliculare ; b) papule plate, abia reliefate, confluente, în plăci eritemato-scuamoase, asemănătoare lupusului eritematos. Şi una şi alta din leziuni determină alopecii cicatriceale, realizînd stări pseudopeladice (alopecii maculoase cicatriceale). Uneori aceste alopecii ale pielii capului se asociază cu alopecii ale axilelor şi regiunii pubiene şi cu papule foliculare keratozice diseminate pe restul corpului, realizînd sindromul Graham-Little-Lassueur ;

— *lichenul mucoaselor* poate coexista cu leziuni cutanate sau independent de acestea. Se localizează, fie pe limbă, sub aspectul de striaţii de benzi albe-albastre, leucoplaziforme, anteroposterioare, uneori sclero-atrofice şi mai ales de pete lenticulare albe-sidefii, uşor papuloase, fie, mai frecvent, pe mucoasa jugală, în dreptul ultimilor molari, sub aspectul unor mici puncte albe, pseudopapuloase sau al unor striaţii albe-porţelanii în „frunză de ferigă", frecvent ulcerative, fie pe buze, sub formă de reticul alb-cenuşiu sau de plăci eritemato-erozive cu chenar leucoplaziform.

Etiologia este obscură. Este o boală a adultului, atingînd în general indivizi cu o mare iritabilitate nervoasă sau cu sistemul nervos suprasolicitat. Au fost invocate : teoria infecţioasă (sifilis, virozâ) (prin biotropizarea unui

Scanned with OKEN Scanner

virus latent), teoria nervoasă, teoria enzimatică, teoria alergică, boală de adaptare şi, mai ales, sindrom de sensibilizare cu etiologie multiplă (Longhin).

TRATAMENTUL GENERAL

Este simptomatic şi patogenic. Se prescriu :

— **corticoterapie** în doze medii : Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 25—30 mg/24 de ore, Superprednol 4 mg/24 de ore şi în cure de 10—15 zile ; corticoizii sînt indicaţi în formele acute, buloase, extensive, cu leziuni diseminate multiple, eritrodermice şi foarte pruriginoase. Corticoterapia mai poate fi prescrisă şi în formele obişnuite care se arată rebele la tratamentele uzuale ;

— **sedative nervoase, neuroleptice şi tranchilizante** (vezi Eczemele) :

— Vitamina D_2, în doze mari, după procedeul Charpy (vezi Lupusul TBC), B_1 forte, cîte 1 fiolă/24 de ore, B_6 1 fiolă a 250 mg/24 de ore, B_{12} o fiolă a 1 000γ/24 de ore, administrate toate trei într-o singură injecţie, în cure de 15—30 zile ;

— unii autori prescriu, pe baza ipotezelor etiologice emise, Hidrazida acidului izonicotinic (HIN), în doze de 8—10 mg/kilocorp/24 de ore şi antibiotice de tipul Tetraciclinei (2 g/24 de ore 10—15 zile) sau Cloramfenicolului (1 g/24 de ore), în cure repetate de cîte 6 zile, acesta ar interveni mai curînd modificînd favorabil disbacteria intestinală, care poate avea un rol etiologic secundar în acutizarea puseurilor licheniene (Longhin) ;

— **imunoterapie** cu tuberculină (Burnier) şi mai ales *endotoxina BCG (Longhin)*, care, intervenind printr-o acţiune desensibilizantă nespecifică, oferă rezultate superioare altor medicatii utilizate ; se administrează în doze progresiv crescînde, 0.1—0,5 ml din diluţia 1/1 000, subcutanat la 2 zile.

Au mai fost utilizate, cu rezultate inconstante :

— **antipaludicele de sinteză** (Clorochin-vezi Lupusul eritematos) ;

— transfuziile (sau perfuziile) de plasmă (50—200 ml o dată de două ori pe săptămînă) ;

— puncţii lombare (Ravaut), eficace îndeosebi asupra pruritului (se evacuează cîte 6—8 ml l.c.r, la nevoie repetîndu-se la 8—10 zile) ;

— radioterapia funcţională, radiculo-medulară (Gouin, Pautrier, Degos), sau a regiunilor axilare şi triunghiurilor Scarpa (Gawalowsky).

TRATAMENTUL LOCAL

Se utilizează în formele pruriginoase, pe plăcile întinse şi infiltrate, şi în lichenul verucos, constînd după caz în :

— mixturi şi loţiuni antipruriginoase (vezi Pruriturile, Prurigoul) ;

— unguente cu corticoizi : Cornemin, Tumizon şi mai ales cei fluorinaţi (Locacorten, Synalar sau Triamcinolon), în pansamente ocluzive schimbate la 24—48 de ore ;

— infiltraţii cu Hidrocortizon intralezionale (se pot utiliza şi în lichenul mucoaselor), diluat 1/1 cu xilină 2% in şedinţele bisăptămînale ;

— unguente cu reductoare şi corticoizi (vezi Psoriazisul).

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Acid salicilic 0,25 g
Crisarobină 0,50 g

— radioterapie superficială sau cu raze Bucky (risc de erupţii generalizate).

LICHENUL SCLERO-ATROFIC

Este constituit din papule rotund-ovalare, iniţial roz, proeminente, asemănătoare celor din lichenul plan, care se şterg precoce, devenind plane, apoi atrofice, albe, cicatriceale, uşor infiltrate, foarte greu de diferenţiat de morfeea în picături. Pe suprafaţa lor se văd presărate mici dopuri cornoase inclavate în orificiile foliculilor pilo-sebacei dilataţi. Elementele sclero-atrofice pot conflua în placarde avînd contururi curbilinii şi papule izolate la periferie. Sediul este ubicuitar, dar se localizează mai ales pe torace, umeri, regiunea interscapulară şi vulvă, unde poate constitui un factor predispozant pentru krauroza vulvară.

TRATAMENTUL GENERAL

Se utilizează cu rezultate inconstante ; parţiale sau tranzitorii în special în fazele evolutive, eruptive :

— **corticoterapie** în doze medii : Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 25—30 mg/24 de ore, Superprednol 4—6 mg/24 de ore în cure medii (10—12 zile) ;

— radioterapia funcţională radiculo-medulară sau pe regiunile axilare.

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor utiliza :

— unguente cu corticoizi : Locacorten, Synalar, Triamcinalon preferabil în pansamente ocluzive, schimbate la 24—48 de ore ;

— infiltraţii bisăptămînale, intralezionale, cu Hidrocortizon (diluat) 1/1 cu xilină 2% ;

— radioterapie superficială sau cu raze Bucky.

LICHENUL NITIDUS

Este o afecţiune rară, de natură nedeterminată, caracterizată printr-o erupţie de papule foarte mici 2—3 mm în diametru, rotunde, plane, strălucitoare, de culoarea pielii normale, roz sau uşor violacee, de loc sau slab pruriginoase. Leziunile, bine individualizate, uneori grupate, rar confluente în plăci parakeratozice (în pliuri), se localizează electiv pe teaca penisului, gît şi dosul mîinilor. Evoluează ani de zile. Este considerat de unii autori ca o varietate de lichen plan.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENT GENERAL

Este în linii mari asemănător celui din lichenul plan :

— *Vitaminoterapie* cu B_1, D_2, B_6, B_{12}, C, în doze mari, în cure de 15—30 de zile, se pot repeta la nevoie ;

— *corticoterapie* în doze medii (Prednison 30 mg/24 de ore, Supercortisol 20—25 mg/24 de ore, Superprednol 4 mg/24 de ore), în cure de 10—15 zile ; este indicată în cazurile rebele la tratamentul cu vitamine :

— sedative nervoase, neuroleptice (vezi Eczemele), în formele pruriginoase.

TRATAMENTUL LOCAL

Sînt indicate :

— unguente cu corticoizi : Cornemin, Tumizon, şi mai ales cu cei fluorinaţi ; Locacorten, Synalar, Triamcinolon, preferabil în pansamente ocluzive ;

— loţiuni şi mixturi antipruriginoase (vezi Pruriturile, Prurigourile).

LICHENUL STRIATUS

Este o afecţiune rară, mai frecvent întîlnită la copii, constituită din mici papule plane, roz, uşor scuamoase, mai rar verucoase, izolate sau coalescente, nepruriginoase, dispuse în benzi continue sau discontinue, late de cîţiva centimetri, care se întind de-a lungul unui segment, de obicei al unui întreg membru (mai frecvent cel superior). Evoluează cîteva luni, după care dispar de obicei în mod spontan. Cauza afecţiunii este necunoscută. Unii o apropie de psoriazis, alţii de lichenul plan.

TRATAMENTUL GENERAL

Nu este obligatoriu, dată fiind dispariţia spontană obişnuită a leziunilor. Pentru grăbirea evoluţiei se va putea recurge la.

TRATAMENTUL LOCAL

Constă în aplicarea de :

— unguente conţinînd corticoizi (Cornemin, Locacorten, Synalar, Triamcinolon) sau corticoizi în asociere cu exfoliante şi reductoare : Tumizon ung. sau

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Acid salicilic 0,50 g
Gudron 0,50 g

sau

Ihtiol 0,50 g

— crioterapie exfoliantă (sub presiune moderată).

Scanned with OKEN Scanner

GRANULOMUL INELAR

Este o dermatoză papulo-nodulară cronică, de cauză nedeterminată, întîlnită la copii şi adulţi tineri. Considerată multă vreme ca fiind de natură tuberculoasă, apoi ca o alergidă denmică, este plasată azi de şcoala americană în cadrul colagenozelor.

Simptome. Se manifestă prin unul sau mai multe placarde inelare cu diametrul de 1—5 cm, periferia fiind constituită din mici elemente papuloase sau nodulare, emisferice sau plate, roşii-violacee sau roz, confluente sau izolate, şi cu centrul deprimat. Uneori elementele sînt grupate, fără o dispoziţie inelară. Sediul obişnuit al leziunilor este pe faţa dorsală a mîinilor, degetelor şi mai rar a labelor, pe coate, glezne şi foarte rar pe faţă, gît, urechi. Foarte rar leziunile apar diseminate pe întreg corpul, sau sînt atipice, apărînd ca noduli duri, emisferici, izolaţi sau confluenţi, situaţi în vecinătatea articulaţiilor falangelor. Evoluţia este capricioasă, uneori scurtă, de cîteva luni, alteori de ani, cu dispariţia unor leziuni şi apariţia altora. Un fapt interesant este vindecarea posibilă după practicarea unei biopsii. Recidivele sînt posibile.

TRATAMENTUL GENERAL

Se administrează :

— Vitamină D_2 în doze mari (vezi Lupusul TBC) ;

— Vitamină E, drajeuri a 30 mg sau fiole a 30 şi 100 mg, în doze zilnice de 100—300 mg (după vîrstă) ;

— *imunoterapie* cu tuberculină în diluţie de 1/100 000 şi îndeosebi *endotoxină BCG 1/1 000 (Longhin),* în doze progresiv crescînde, 0,1—0,3—0,4 ml la 2 sau 3 zile, subcutanat în cure de 1—2 luni (se va asocia cu Vitamina D_2) ;

— *corticoterapie* (Prednison, Supercortisol) ; corticoizii pot fi administraţi în doze mici şi cure prelungite, în formele rebele la tratamentele uzuale, sau în doze medii în formele eruptive cu leziuni multiple, diseminate.

TRATAMENTUL LOCAL

Se utilizează :

— crioterapie sub presiune mică, de scurtă durată (autodermoterapia Ravaut) ;

— unguente cu corticoizi sub pansamente ocluzive : Cornemin, Tumizon, sau, preferabil, Locacorten, Synalar, Triamcinolon ;

— infiltraţii locale cu Hidrocortizon diluat 1/1 cu xilină 2% în şedinţe bisăptămînale, indicate în leziunile de mică întindere şi puţine la număr ;

— radioterapie superficială sau cu raze X moi (Bucky). Este cunoscut efectul adesea favorabil după practicarea intervenţiei biopsice.

Scanned with OKEN Scanner

ERITEMUL INELAR CENTRIFUG (DARIER)

Este o dermatoză eritemato-papuloasă, circinată, migratorie, cronică, de natură încă nedeterminată.

Simptome. Debutează prin pete eritematoase, de obicei multiple, care devin uşor infiltrate şi proeminente, extinzîndu-se excentric, cu tuntirea şi dispariţia eritemului în centru. După cîteva zile se constituie inele subţiri (3—5 mm), cu diametrul de 5—15 cm, elementele putînd uneori confluа. Prin extinderea lor rapidă, inelele se fragmentează frecvent în arcuri de cerc, unele din acestea continuîndu-şi evoluţia centrifugă, altele dispărînd.

Evoluţia fiecărui element inelar are o durată de aproximativ 2—3 săptămîni, după care dispare, lăsînd o pigmentaţie brună-deschis. Se constituie succesiv inele noi, prelungind erupţia luni de zile. Pruritul este discret sau lipseşte.

Etiologia este discutată : manifestare de sensibilizare medicamentoasă sau faţă de toxinele germenilor unui focar de infecţie ; în unele cazuri pancilezionale eritemul inelar poate avea ca punct de plecare o înţepătură de insectă şi inocularea unui virus sau a unei rickettsii (vezi Eritemul cronic migrator).

TRATAMENTUL GENERAL

Se vor cerceta şi asana eventualele focare de infecţie.

Se vor administra :

Etiologic :

— *antibiotice* (vezi Piodermitele) ; Penicilină G sodică sau potasică, în doze de 2 400 000 u/24 de ore, sau, în cazurile care survin după înţepături de insecte, Tetraciclină 2 g/24 de ore curele vor dura 10—15 zile.

Unii autori recomandă asocierea Penicilinei cu sulfamide (Sulfatiazol 3—4 g/24 de ore).

Patogenic :

— *corticoterapia* constituie un preţios auxiliar terapeutic administrînd în doze medii : Supercortisol 25—30 mg/24 de ore, Prednison 30—40 mg/24 de ore, Superprednol 4—6 mg/24 de ore ;

— antihistaminice de sinteză : Romergan, Feniramin, Nilfan, Clorfenoxamină, cîte 2—3 drajeuri, respectiv comprimate/24 de ore (vezi şi Eczemele).

Se mai prescriu :

— Hiposulfit de sodiu în poţiune 20/300 (3 g, respectiv 3 linguri/24 de ore), sau în injecţii (1 fiolă/24 de ore intravenos) ;

— sînge conservat şi citratat, cîte 5, apoi 10 ml, la 2—3 zile, intramuscular, în total 15—20 de injecţii (la nevoie autohemoterapie cu sînge citratat) (vezi Eczemele).

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor aplica :

— unguente cu corticoizi : Cornemin, Locacorten, Synalar (cremă), Triamcinolon ;

— unguente cu corticoizi şi reductoare, Tumizon ung. sau

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Gudron
Ihtiol āā 0,50 g

sau

Tumenol 0,50 g

ERITEMUL CRONIC MIGRATOR (Lipschütz)

Este o dermatoză eritemato-papuloasă migratorie cronică, ca şi precedenta, de care se deosebeşte prin unicitatea leziunii.

Simptome. Element inelar sau arciform unic, debutînd printr-o pată eritematoasă şi evoluînd prin extinderea periferică, relativ rapidă, poate atinge diametre de 10—40 cm. Inelul, lat de 1—2 cm, este uşor proeminent şi infiltrat. După cîteva luni de evoluţie migratoare, eritemul dispare fără urme.

Etiologia este foarte probabil infecţioasă, rickettsiană sau virală (reacţia de microaglutinare Giroud frecvent pozitivă). Inocularea cutanată s-ar face prin intermediul unei căpuşi *(Ixodes)* sau altor insecte, urmele înţepăturii fiind adesea vizibile în centrul inelului.

TRATAMENTUL GENERAL

Constă în administrare de :

— *antibiotice* de tipul Penicilinei G, sodică sau potasică, cîte 2 400 000 u./24 de ore, sau Tetraciclină, cîte 2 g/24 de ore, în cure de 10—15 zile, repetate după o pauză de 7 zile.

— **Simptomatic (patogenic)** antibioticelor li se pot asocia corticoizii (vezi Eritemul inelar centrifug).

TRATAMENTUL LOCAL

Se pot utiliza paste cu apă Darier sau unguente cu corticoizi (vezi Eritemul inelar centrifug).

PANICULITA NODULARĂ FEBRILĂ NESUPURATIVĂ (boala Weberh-Christian)

Este o dermo-hipodermită nodulară, uni- sau multilezională, mai frecventă la femei, evoluînd în puseuri şi avînd un caracter recidivant (la intervale variabile, de luni sau ani).

Simptome. Sediul preferenţial îl constituie coapsele şi abdomenul ; nodulii sînt duri, uşor proeminenţi şi boselaţi, roz-violacei, indolori, avînd o evoluţie excentrică. Se resorb fără supuraţie, lăsînd o atrofie centrală deprimată caracteristică. Puseurile sînt însoţite de febră moderată, astenie. Există şi o varietate afebrilă benignă (Rothman-Makai).

Prognosticul este variabil : majoritatea cazurilor se vindecă definitiv, în timp ce unele pot avea o evoluţie gravă, cu caşexie şi exitus.

Scanned with OKEN Scanner

Etiologia este necunoscută ; se bănuieşte o origine infecţioasă şi un mecanism alergic, posibil autoimun.

TRATAMENTUL GENERAL

Profilactic se vor căuta şi trata sau îndepărta focarele septice.

Curativ se vor administra :

— *antibiotice :* Penicilină G, sodică sau potasică, în doze de 2 400 000 —3 200 000 u./24 de ore, Tetraciclină 2—3 g/24 de ore sau Eritromicină 2—3 g/24 de ore, în cure de 10—15 zile ;

— *corticoterapie,* în doze medii (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore, Superprednol 3—4 mg/24 de ore, în cure de 10—15 zile, în asociere cu antibiotice.

Se mai prescriu, pentru acţiunea lor antiinflamatorie :

— *antipaludice de sinteză* (Clorochin, 600—800 mg/24 de ore) ; Vitamină C 1—1 1/2 g/24 de ore ; Fenilbutazonă 2—3 drajeuri a 200 mg/24 de ore în primele 2 zile, apoi 1—2 drajeuri/24 de ore ; Alindor 3—4 drajeuri (se vor efectua periodic : examenele urinii şi leuco-hemograma).

TRATAMENTUL LOCAL

Este de importanţă secundară şi constă în aplicarea, sub pansamente ocluzive a unguentelor cu corticoizi : Locacorten, Synalar, Triamcinolon şi Cornemin.

Dacă sînt leziuni unice sau puţine se pot încerca infiltraţii cu Hidrocortizon diluţie 1/1 cu Xilină, în şedinţe bisăptămînale.

PĂPULOZA ATROFIANTĂ MALIGNĂ (Boala Degos)

Este o afecţiune rară, care asociază o erupţie papuloasă cu manifestări abdominale acute.

Leziunea elementară şi caracteristică a erupţiei este o papulă roz de 3—5 mm în diametru rotundă, emisferică, de consistenţă semidură, care se ombilichează în cîteva zile, centrul devenind alb-porţelaniu. Depresiunea centrală se extinde treptat pe seama infiltraţiei papuloase, care se reduce cu timpul la un chenar filiform. Zona deprimată se acoperă de o scuamocrustă aderentă. Erupţia cuprinde trunchiul şi membrele, evoluînd în puseuri paucilezionale, discrete. Dispar spontan, lăsînd în urmă o mică cicatrice varioliformă.

După cîteva săptămîni sau luni de evoluţie apiretică survine un episod abdominal dureros acut, cu febră, vărsături etc care, în caz de neintervenţie terapeutică duce la moarte, în zilele ce urmează.

Etiologia bolii este necunoscută. Mecanismul alergic vascular este discutat dar insuficient confirmat.

TRATAMENTUL GENERAL

Se intervine cît mai precoce prin antibiotice (Tetraciclină 2 g/24 de ore) şi corticosteroizi (Superprednol, Prednison) în doze de atac, mari, respectiv 3—4 mg Superprednol şi 60—80 mg Prednison (vezi Lupusul eritematos acut).

Scanned with OKEN Scanner

IX

ATROFII-DISTROFII

ANETODERMIA

Se descriu patru forme, în raport cu aspectul leziunilor de debut :

a) **Anetodermia eritematoasă Jadassohn ;** leziunile caracteristice acestei forme iau aspectul unor macule eritematoase, apoi atrofice, rotunde, cu diametrul de 1/2—2 cm, de culoare roz sau albe-sidefii dînd la palpare impresia unei găuri săpate în derm. Variabile ca număr, predomină pe fața externă a membrelor și partea superioară a toracelui.

b) **Eritemul urticarian atrofiant Pellizzari.** Mult mai rar întîlnit, debutează prin mici plăci urticariene, care evoluează ulterior spre atrofii maculoase sau difuze, localizate la față, conferînd acesteia un aspect bătrîn.

c) **Tipul Schwenninger-Buzzi,** în care debutul se face prin mici plăci proeminente, pseudotumorale, ajungînd în stadiul final la aceleași plăci maculo-atrofice caracteristice.

d) **Tipul Alexander,** în care stadiul de debut, premergător maculelor atrofiate, este constituit de bule (atrofie pemfigoidă).

TRATAMENTUL GENERAL

În general este puțin eficace.

În perioada inițială a afecțiunii dacă se depistează focare bacilare se vor administra :

— *antibiotice și chimioterapice tuberculostatice :* Streptomicină, Hidrazida acidului izonicotinic (vezi tuberculozele cutanate) ;

— *antigenoterapie bacilară* cu tuberculină, *Endotoxină BCG (Longhin)* (vezi tuberculozele cutanate) ;

— *corticoterapia* poate fi încercată în asociere cu tuberculostaticele sau singură, în puseurile evolutive (Supercortisol, Prednison 30—40 mg/24 de ore, însă cu efecte tranzitorii).

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL LOCAL

După stabilizarea afecțiunii și dacă leziunile sînt puține la număr, se poate recurge la extirparea fiecărei leziuni în parte (intervenția este justificată numai de motive de ordin estetic).

ATROFODERMIA VERMICULATĂ A OBRAJILOR

Este o afecțiune rară, care atinge copiii înainte de pubertate sau adolescenții ocupînd simetric cei doi obraji, manifestată printr-un mare număr de mici depresiuni punctiforme sau ușor alungite, care iau aspectul „vermiform" caracteristic. Greu de încadrat nosologic, este considerată de mulți ca o afecțiune a foliculului pilo-sebaceu (keratoză foliculară, comedoane), atribuindu-i-se o natură nevică.

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat numai în faza de leziuni active.

Vitamina A constituie medicația de elecție ; se administrează în doze mari și cure prelungite și repetate. Mod de administrare :

— Vitamină A fiole cu soluție uleioasă a 300 000 u.i., una pe zi sau la 2 zile, intramuscular sau preferabil, *per os*, timp de 30 zile ;

— Vitamină A hidrosolubilă (palmitat), fiole a 40 000 u., cîte 1/2—1 fiolă zilnic, intramuscular sau

— Vitamină A soluție hidrosolubilă (palmitat) pentru uz intern, cîte 30—40 de picături/24 de ore ;

— Vitamină A drajeuri, 3—6/24 de ore.

TRATAMENTUL LOCAL

Este în special un tratament corectiv și constă în crioterapie, dermabraziune sau *peeling* chimic cu : acid salicilic 5—10%, resorcină 10—15%, sulf precipitat 10—15% ; acestea vor fi încorporate în vaselină, izolat sau în asociație, în care caz proporțiile vor fi reduse (atenție la posibile dermite de contract !)

ACRODERMITA CRONICĂ ATROFIANTĂ (Boala Pick-Herxheimer)

Este o dermatoză distrofică a adultului, de cauză necunoscută.

Simptome. Debutînd de obicei către vîrsta de 40 de ani, se caracterizează în această fază prin apariția pe tegumentul membrelor, în special al celor inferioare, a unor pete și placarde roz-violacee, cianotice, prost delimitate. Pielea prezintă o ușoară infiltrație la nivelul acestora, infiltrație care poate lua uneori un aspect nodular inflamator. Placardele, eritemato-cianotice, se extind, devin permanente și mai bine conturate. Pielea începe să se subțieze, atrofia luînd treptat locul infiltrației. Atrofia, însoțită de dispariția panicululuí adipos, este mai accentuată și mai vizibilă

Scanned with OKEN Scanner

la genunchi, fese, dosul mîinilor, coate, unde pielea este mult subțiată, ridată. Epidermul este neted, lucios, devenind transparent pentru vene, care apar vizibile ; uneori el este acoperit de scuame fine. Mai pot fi observate ca leziuni de însoțire : hiper- sau hipocromii vitiliginoase, atrofii de tipul anetodermiei sau poikilodermiei, infiltrații sclerodermiforme, bandeleta fibro-scleroasă cubitală. Evoluția bolii este cronică, lent progresivă cu atrofia definitivă a tegumentelor.

Etio-patogenia este necunoscută. Au fost invocați : frigul, traumatismele, factorul infecțios (virus necunoscut, sifilis, tuberculoză), factorul endocrin și cel nervos vegetativ.

TRATAMENTUL GENERAL

De obicei puțin eficace în stadiul avansat al bolii, el poate da rezultate în faza ei incipientă. Se utilizează :

— *antibiotice* în cure de 3—4 săptămîni, care constituie tratamentul de elecție ;

— Penicilină G sodică sau potasică, preferabil însă Benzatin — penicilină (Moldamin), mai comod de administrat în cure prelungite. Avînd o eliminare foarte întîrziată (depozit), se administrează cîte 1 200 000—1 600 000 u./24 de ore Penicilină G, iar în cazul Moldaminului, o fiolă a 600 000 u. la 2—3 zile sau cîte o fiolă de 1 200 000 u. la 4—7 zile. Curele vor fi de 10—12 milioane u., putînd fi repetate. Se va urmări toleranța locală și mai ales cea generală, ca în oricare tratament cu penicilină, cunoscîndu-se gravitatea unor accidente anafilactoide provocate de aceasta și care la persoanele sensibile pot fi produse chiar de doze mici.

Tetraciclina se administrează *per os*, sub formă de drajeuri sau capsule operculate a 250 mg, în doze de 1 1/2—2 g/24 de ore, în patru prize egale. Curele vor fi lungi, de 20—30 de zile, la nevoie repetate ; se vor asocia : Vitamină B complex, 3—4 drajeuri/24 de ore și eventual Stamicină 2—3 drajeuri/24 de ore pentru a preveni accidente de tipul disbiozei intestinale, cu dezvoltarea patogenă a candidei, sau cu tulburări ale mucoasei bucale de tipul glosodiniei sau al limbii albe și negre piloase.

Ca medicații patogenice și simptomatice se pot prescrie :

— Vitamină E (alfa-tocoferol), în injecții, cîte 1—2 fiole a 30 mg/24 de ore sau drajeuri a 30 mg, cîte 3—4/24 de ore. Curele vor fi de asemenea prelungite : 30—45 de zile, repetîndu-le după o pauză de 2—3 săptămîni ;

— Folcisteină U (clorhidrat de cisteină) în injecții, cîte o fiolă de 5 ml soluție 5% la 2 zile, intramuscular. Se administrează în cure de 30 de fiole ce se vor repeta după pauze de 3—4 săptămîni.

Corticoterapia (vezi și Eczemele) : Supercortisol, comprimate a 5 mg sau Prednison, comprimate a 5 mg, cîte 20—30 mg/24 de ore în patru prize, timp de 2—3 săptămîni, concomitent cu antibioterapia. Efectele sînt favorabile, dar de regulă tranzitorii. Corticoterapia este indicată în cursul puseurilor mai intense, cu extindere rapidă a leziunilor.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL LOCAL

Constă în băi cu amidon (1 kg la o baie) şi unguente sau linimente emoliente.

Rp. Glicerolat de amidon 100 g
Acid salicilic 1 g

sau

Rp. Liniment oleo-calcar 100 g
Acid salicilic
Acid boric āā 1 g

În faza de debut se pot încerca şi topice cu corticoizi : Locacorten, Synalar, Triamcinolon, Cornemin.

ACANTOZIS NIGRICANS

Este o afecţiune rară, caracterizată clinic prin leziuni de tip hiperkeratozic, vegetante, cu tegumente rugoase, colorate în brun-negru difuz, localizată în principal la nivelul pliurilor axilare şi inghinale, mai rar la ceafă, palme, cavitatea bucală şi alte regiuni. Există două forme clinice : una juvenilă, cu semnificaţie de genodermatoză benignă şi alta dobîndită, a adulţilor malignă, însoţind adesea un cancer visceral.

TRATAMENTUL GENERAL

În forma juvenilă, congenitală, se vor investiga şi trata eventualele infecţii cronice :

— sifilisul cu Moldamin, în cure de cîte 6—10 milioane u., respectiv 10—14 flacoane a 600 000 u., administrate la intervale de 3—4 zile, cure care vor fi repetate de mai multe ori ;

— tuberculoza cu antibiotice şi chimioterapice tuberculostatice ; Streptomicină, HIN, Tebemicină (vezi Tuberculozele cutanate).

Vor fi cercetate şi corectate tulburările endocrine, în special diabetul (Insulină, Tolbutamid, Meguan).

În forma malignă după îndepărtarea sau distrugerea tumorii canceroase adesea se produc ameliorări sau dispariţia leziunilor cutanate.

TRATAMENTUL LOCAL

Intertrigourile care se produc secundar la nivelul plicilor afectate vor fi tratate prin ştergeri cu soluţii antiseptice diluate :

— Fenosept 1/5, Decaderm, Rivanol 1/1 000, apă oxigenată 12 vol. etc., şi apoi cu paste cu apă conţinînd antibiotice antibacteriene şi antifungice, la care se poate adăuga şi Hidrocortizon acetat.

Rp. Tetraciclină 0,50 g

sau

Neomicină 0,10 g
Stamicină 1 500 000 u.

Scanned with OKEN Scanner

Talc
Oxid de zinc
Glicerină āā 4 g
Apă distilată q.s. pentru o pastă moale
± Hidrocortizon 200 mg

sau cu unguent, Decaderm sau Saprosan, cu proprietăţi antimicrobiene şi antifungice.

Profilactic se vor face pudraje cu talc boricat 1—2% sau sulfamidat 5%.

Leziunile propriu-zise pot fi tratate prin roentgenterapie superficială, electrocoagulări repetate.

EPIDERMODISPLZIA VERUCIFORMĂ (Lewandowski-Lutz)

Genodermatoză keratozică rară, inclusă în grupul dermatozelor precanceroase, se manifestă din prima sau a doua copilărie printr-o erupţie de elemente papulo-keratozice de aspectul verucilor plane, dispuse simetric pe corp şi extremităţi, cu evoluţie cronică, indefinită. În 20% din cazuri, leziunile pot degenera într-un epiteliom spinocelular.

Etiopatogenia este obscură. Au fost suspectate : infecţii virale, hipovitaminoze, dar mai ales tulburări de ordin genetic, fiind considerată ca o neuro-ectodermoză ereditară.

TRATAMENTUL GENERAL

Influenţează în mică măsură leziunile. Se pot prescrie :

— Vitamină A în doze mari, cîte o fiolă a 300 000 u./24 de ore soluţie uleioasă sau la 2 zile în injecţii intramusculare profunde (eventual *per os*), sau cîte o fiolă a 40 000 u./zilnic sau la două zile cu Vitamină A palmitat hidrosolubilă, injectată strict intramuscular ; aceasta din urmă poate fi administrată şi *per os* cîte 30—50 de picături/24 de ore. Curele vor fi de 30—45 de zile, eventual repetate. Se vor urmări posibilele manifestări de Hipervitaminoză A (anorexie, cheilite angulare, rărirea părului etc.) ;

— Vitamină C, de asemenea în doze mari : 1—1½ g/24 de ore în injecţii intramusculare, concomitent cu administrarea sa *per os ;* 4—6 comprimate a 200 mg ; curele vor fi de 30—45 de zile ;

— Vitamină B_{12}, cîte 2 fiole a 1 000 gamma pe săptămînă, administrate în asociaţie cu vitamină C.

TRATAMENTUL LOCAL

Leziunile beneficiază de procedee fizioterapice : electrocoagulare superficială, crioterapie, azot lichid (vezi Verucile) sau de procedee chimice : podofilină 20—25% în unguent simplu sau în soluţii alcoolice (vezi Verucile).

Scanned with OKEN Scanner

IHTIOZA

Distrofie cutanată congenitală şi familială (în 50% din cazuri), se caracterizează prin uscăciune a pielii, descuamaţie de intensitate şi de întindere variabilă, de cele mai multe ori generalizată.

Simptome. Leziunile respectă de regulă pliurile mari. Scuamele sînt lamelare, cuadrangulare, aderente în porţiunea lor centrală şi deprinse la periferie ; uneori sînt foarte groase, cornoase sau negricioase. Inconstant se observă o keratodermie palmo-palmară moderată ; faţa este uşor atinsă, ca şi pielea capului, unde scuamele sînt fine, pitiriaziforme. Secreţia sudorală şi cea sebacee sînt absente sau mult diminuate. Vara, leziunile sînt mult atenuate, datorită unei transpiraţii excesive, compensatoare.

Afecţiunea apare în primii ani de viaţă, durînd indefinit : adesea atenuează către pubertate şi adolescenţă.

Există forme uşoare, abia perceptibile, care se trădează doar prin uscăciune exagerată, şi forme localizate la o regiune a corpului.

Etiologia este necunoscută ; au fost invocate ipotetic : sifilisul disendocrinii, hipovitaminoza A şi altele.

TRATAMENTUL GENERAL

Este puţin eficace, oferind doar ameliorări tranzitorii :

— Vitamina A constituie, după majoritatea autorilor, medicaţia de elecţie. Se administrează în doze mari : 100 000—300 000 u./24 de ore sub formă de injecţii (fiole a 300 000 u. soluţie uleioasă sau fiole cu soluţie apoasă a 40 000 u. Vitamină A palmitat ; curele sînt de 30—45 de zile, separate de pauze egale de timp. Tratamentul va fi întrerupt la apariţia semnelor de supradozaj (vezi Epidermodisplazia veruciformă).

— Vitamina B_{12} (ciancobalamina), administrată în doze de 1 000 gamma/24 de ore, în cure de 20—30 de zile. Se asociază cu :

— Vitamina C, în doze de 1—1½ g/24 de ore în cure de 20—30 de zile (0,5 g în injecţii şi 1 g *per os)* ;

— cisteină, sub forma de Folcisteină U, administrată în injecţii intramusculare cîte o fiolă la 2 zile ; curele sînt de 30—45 de fiole, administrate în serii de 15 fiole ;

— corticoterapia aduce ameliorări trecătoare ; este indicată numai în fazele mai intens evolutive. Se prescriu (vezi şi Eczemele) : Prednison 20 mg/24 de ore sau Supercortisol 15—20 mg/24 de ore în cure de 15—20 de zile ; Superprednol 4—8 mg/24 de ore în cure care se pot prelungi peste 20 de zile.

TRATAMENTUL LOCAL

Constă în : băi călduţe cu amidon (1/2 kg la o baie), urmate de aplicaţii de unguente emoliente şi decapante.

Rp. Glicerolat de amidon 200 g
Acid salicilic 2 g

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Liniment oleo-calcar 200 g
Acid salicilic 1,50—2 g

Rp. Acid salicilic 2 g
Magnezie usta 10 g
Vaselină 90 g
pomada Cederkreutz

Este recomandabil ca unguentele solicitate să fie aplicate pe suprafeţe limitate în aceeaşi şedinţă.

HIPERKERATOZELE (KERATODERMIILE) PALMO-PLANTARE

Keratodermiile palmo-plantare constau în îngroşarea anormală a stratului cornos de la nivelul palmelor şi plantelor.

Din punct de vedere etio-patogenic se disting trei tipuri : congenitale, esenţiale şi simptomatice.

A. KERATODERMIILE PALMO-PLANTARE CONGENITALE

1. BOALA DE MELEDA

A fost „studiată" în insula dalmată cu acelaşi nume, unde există un mare grad de consanguinitate.

Este o afecţiune relativ rară, cu caracter familial, care apare către vîrsta de 2—3 ani, cu transmitere de tip recesiv.

Simptome. Hiperkeratoza difuză şi simetrică a palmelor şi plantelor, adesea foliacee, are o nuanţă gălbuie-roşiatică şi depăşeşte suprafaţa acestora, debordînd cu 1—2 cm pe dosul mîinilor şi labelor, unde se opreşte printr-o margine bine delimitată. Hiperkeratoza se prelungeşte spre tendonul lui Ahile şi încheietura pumnului şi adesea se însoţeşte de leziuni la distanţă, pe coate, glezne, genunchi, antebraţe, unde ia aspectul de plăci circumscrise, rotund-ovalare sau cu contur geografic, adesea asociate cu papule veruciforme.

Hiperkeratoza se însoţeşte cu hiperhidroză şi bromhidroză.

Uneori, pe lîngă leziunile cutanate se constată distrofii dentare care amintesc de cele luetice, sau de căderea precoce a dinţilor (sindromul Papillon-Lefèvre).

Evoluţia este lungă, indefinită.

2. KERATODERMIA DIFUZĂ PALMO-PLANTARĂ THOST-UNNA

Este o varietate clinică diferenţiată de precedenta prin frecvenţa mai crescută, transmiterea după tipul dominant şi prin limitarea hiperkeratozei la suprafaţa palmelor şi plantelor. Culoarea este galbenă (de ceară veche), la periferie, fiind mărginită de un chenar liliachiu. Suprafaţa este netedă sau presărată cu mici depresiuni cupuliforme. În formele vechi şi avansate se produc fisuri adînci, dureroase. Ca şi în forma precedentă, există o hiperhidroză cu miros fetid.

Evoluţia este aceeaşi ca în boala de Meleda.

Scanned with OKEN Scanner

B. KERATODERMIILE DOBÎNDITE, ESENȚIALE

1. POROKERATOZA SIMPLĂ BROCQ-MANTOUX

Se caracterizează printr-o hiperkeratoză moderată, difuză, a palmelor și plantelor, pe al cărei fond sînt presărate depresiuni cupuliforme umplute cu mici mase cornoase dure, care se enuclează cu unghia, refăcîndu-se în scurt interval. Uneori afecțiunea este congenitală și se transmite după tipul dominant ; de cele mai multe ori apare mai tîrziu, către adolescență sau vîrsta adultă, fără o cauză evidentă. Au fost incriminate ca posibile sifilisul moștenit și dobîndit, tuberculoza latentă, intoxicațiile arsenicale cronice și altele.

Keratodermiile palmo-plantare constituie simptomul, respectiv localizarea cea mai constantă din cadrul așa-zisei polikeratoze congenitale (Touraine), care asociază două sau mai multe manifestări keratozice, avînd un caracter ereditar și familial.

C. KERATODERMIILE PALMO-PLANTARE SIMPTOMATICE

KERATODERMIILE TRAUMATICE, PROFESIONALE

Sînt bătături de dimensiuni mai mari, difuze unice sau în număr crescut care apar pe zonele expuse unor traumatisme repetate și probabil la persoane cu o predispoziție particulară.

KERATODERMIILE PALMO-PLANTARE

Apar în cursul unor dermatoze infecțioase, toxice sau de altă natură : sifilis secundar și tardiv, blenoragie (azi cu totul excepționale), sindrom Fiessinger-Leroy-Reiter, arsenicism cronic, micoze, psoriazis, lichen plan. *pitiriasis rubra pilar*, sindrom de menopauză (Haxthausen).

TRATAMENTUL GENERAL

În keratodermiile simptomatice tratamentul general se identifică cu tratamentul afecțiunilor în cauză. În cele congenitale și cele esențiale se prescriu :

— Vitamină A în doze mari, 100 000—300 000 u./24 de ore, soluție uleioasă, fie pe cale orală, în flacoane a 150 000 u fie pe cale injectabilă (în fiole a 300 000 u.). Se mai poate prescrie și sub formă de soluție hidrosolubilă de Vitamină A palmitat 20 000—40 000 u./24 de ore, de asemenea pe cale orală (20—50 pic/24 de ore) sau injectabilă (1/2—1 fiolă 24 de ore). Curele vor dura 30—45 de zile, putînd fi repetate după pauze de timp egale. Tratamentul va fi supravegheat pentru a nu se ajunge la supradozaj ;

— Vitamină B_{12} 1 000 γ, cîte 1½ g/24 de ore în injecții (0,5 g pe fiolă) sau *per os* (comprimate a 200 mg) ;

— Folcisteină U (soluţie de clorhidrat de cisteină 5% cîte o fiolă la 2 zile, în serii de 15—20 de fiole repetate de mai multe ori la intervale de 1—2 săptămîni (vezi şi Ihtioza).

TRATAMENTUL LOCAL

Este mult mai eficace, decît cel general, deşi cu rezultate parţiale şi tranzitorii. Se utilizează ca procedeu de elecţie *peeling*-ul chimic cu ajutorul substanţelor exfoliante: acid salicilic 10—15%, resorcină 15—20%, acid lactic 5—10%, săpun verde 20—30% în vaselină, izolate sau asociate.

Rp. Acid salicilic 12 g
Acid lactic 6 g
Vaselină 100 g

Unguentele se aplică după o prealabilă baie călduţă cu permanganat de potasiu în concentraţie slabă (ca dezinfectant şi dezodorizant) şi după izolarea tegumentelor limitrofe indemne, cu colodiu elastic sau cu o pastă cu apă.

Rp. Talc
Oxid de zinc
Glicerină āā
Apă q.s. pentru o pastă moale.

Pansamentele preferabil oclusive, se repetă la două zile după baie şi înainte de o nouă aplicare a unguentului, se vor racla uşor straturile cornoase macerate.

Se mai utilizează: badijonări cu acid tricloracetic 33—50% în soluţie alcoolică, repetate la 4—8 zile, ionizări cu hidrat de sodiu 0,5%, cîte 15 minute pe şedinţă, precedate de băi de amoniac 0,5%, aplicaţii de fagure de ceară topit (în baie de apă) care vor fi repetate la 7 zile.

Corticoizii în unguente, sub pansamente ocluzive cu foiţă de poliester, dau uneori rezultate satisfăcătoare aplicîndu-se după prealabila decapare a stratului cornos: Hidrocortizon unguent, Locacorten, Cornemin, Synalar, Triamcinolon. Pansamentele vor fi repetate, după o baie călduţă la 24—48 de ore.

Unii autori recomandă roentgenterapia superficială.

KERATOZA FOLICULARĂ (pilară)

Este o distrofie cutanată congenitală, frecventă, constînd în mici papule keratozice perifoliculare, cenuşii sau roşii (keratoza pilară roşie), diseminate pe feţele postero-externe ale antebraţelor, coapselor şi gambelor, pe fese şi regiunea centurii.

Simptome. Papulele sînt proeminente aspre, cornoase, dînd la palpare senzaţia de răzătoare. Perii sînt atrofici sau dispăruţi. Pielea acestor indivizi este de obicei uscată.

Afecţiunea apare în a doua copilărie şi se atenuează după pubertate, către vîrsta adultă.

Scanned with OKEN Scanner

O varietate topografică rară este keratoza roşie, atrofiantă a feţei cu localizare în porţiunea externă a sprîncenelor, unde produce atrofia foliculului şi căderea perilor, în regiunile preauriculare şi unghiul mandibulei.

În pielea capului keratoza foliculară poate produce alopecii definitive ; asocierea acesteia cu alopecii în axile, pubis şi coada sprîncenei (histologic cu imagini asemănătoare lichenului plan peripilar) a condus la izolarea sindromului Graham-Little-Lassueur.

TRATAMENTUL GENERAL

Este asemănător celui al ihtiozei :

— Vitamină A fiole a 300 000 u. soluţie uleioasă, cîte una la 2—3 zile (eventual se vor bea) sau fiole a 40 000 u. soluţie hidrosolubilă (vitamină A palmitat), cîte una la 2 zile, sau soluţie hidrosolubilă pentru uz intern, cîte 20—40 de picături/24 de ore. Curele sînt de 30 de zile, putînd fi repetate după o pauză de 20—30 de zile ;

— vitamina C cîte 0,5—1 g/24 de ore după greutate şi vîrstă. Curele durează 30—45 de zile.

În sindromul Graham-Little-Lassueur se poate încerca un tratament cu *endotoxină BCG (Longhin)* (vezi şi Lichen plan).

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor prescrie : băi călduţe, eventual cu amidon (1/2 kg la o baie) ; apoi se vor unge tegumentele cu unguente emoliente şi decapante cu acid salicilic 1—3% (vezi Ihtioza).

REACŢIA APONEVROTICĂ PALMARĂ

Cunoscută sub denumirea de contractura aponevrotică palmară sau boala Dupuytren, se manifestă esenţial printr-o fibromatoză a aponevrozei palmare în dreptul degetelor inelar şi auricular, evoluînd spre flexia ireductibilă a primelor două falange ale acestora. Mai frecvent unilaterală, rar bilaterală, atinge cu predilecţie bărbaţii între 30 şi 50 de ani.

Etio-patogenie. Considerată ca manifestare tardivă a unei predispoziţii congenitale, este încadrată de Touraine în „polifibromatoza"sa, care înglobează şi alte echivalente fibromatoase ale acestei „diateze fibroblastice" (Jansen) cu care se asociază contractura aponevrotică : fibroame osoase uterine, sau cutanate, induraţia corpilor cavernoşi ş.a. Sînt acuzate ca avînd un rol etiologic : traumatisme locale, intoxicaţii cronice, tulburări endocrine.

TRATAMENTUL GENERAL

Oferă de obicei doar ameliorări parţiale sau trecătoare. Este asemănător în parte cu cel al induraţiei corpilor cavernoşi. În faza incipientă

Scanned with OKEN Scanner

sînt indicate : vitamina E (100—300 mg/24 de ore, preferabil în injecţii) şi PP (0,20—0,30 g/24 de ore sau chiar doze mai mari în asociere ; cure de 30 de zile, repetate, cu pauze egale între ele.

Corticoterapia în doze medii (Prednison 30—40 mg/24 de ore sau Superprednol 20—30 mg/24 de ore) poate fi încercată pentru a opri evoluţia, în formele extensive.

TRATAMENTUL LOCAL

În cazurile recente şi cu noduli unici, mici, se pot practica infiltraţii cu corticoizi, injectîndu-se în fiecare nodul, în cît mai multe puncte, o suspensie de Hidrocortizon (diluată 1/1 cu o soluţie de Procaină sau Xilină 2%) ; şedinţele se repetă la 5—7 zile ; sau infiltraţii şi ionizări cu Hialuronidază (Tilase sau Hyason). Se mai pot aplica : roentgenterapie (semipenetrantă) sau de contact, şi mai ales ultrasunetele, în şedinţe săptămînale, în serii de cîte 10—15 zile, repetate după 1—2 luni.

În cazurile vechi, cu retracţie avansată, care duce la importantă jenă funcţională, se recurge la tratamentul chirurgical.

INDURAŢIA PLASTICĂ A CORPILOR CAVERNOŞI

Cunoscută şi sub numele de boala Lapeyronie, apare la vîrsta adultă cu maximum de frecvenţă între 40 şi 50 de ani, şi se caracterizează prin leziuni scleroase ale învelişului corpilor cavernoşi. Palparea decelează în grosimea penisului, în stare flască, pe linia mediană şi mai ales spre rădăcina acestuia, noduli alungiţi sau turtiţi, de o duritate lemnoasă, indolori. Ei determină în cursul erecţiilor, care devin dureroase, în incurbare laterală sau în jos a penisului. Raporturile sexuale sînt jenate, uneori imposibile, avînd importante implicaţii de ordin psihic.

Etiologia este necunoscută. Au fost ipotetic incriminaţi : sifilisul şi mai ales limfogranulomatoza inghinală benignă, intoxicaţii cronice etc. ; a fost invocat şi factorul ereditar, leziunile declanşîndu-se abia tîrziu, sub influenţa unor tulburări endocrine. Induraţia scleroasă a corpilor cavernoşi se asociază frecvent cu alte leziuni fibromatoase, îndeosebi cu contractura aponevrotică Dupuytren, constituind una din manifestările polifibromatozei Touraine.

TRATAMENTUL GENERAL

Este foarte variat, din cauza eficacităţii relative a diferitelor procedee terapeutice propuse :

— Vitamină E în doză de 100—300 mg/24 de ore (3 fiole a 30 mg sau 1 fiolă a 300 mg) şi PP, în doză de 30—60 cg (3—6 comprimate)/24 de ore, după mese, sau 60—100 mg (2 fiole a 30 mg sau a 50 mg/24 de ore intramuscular). Curele vor fi de 30—45 de zile, repetate după pauze de 2—3 săptămîni ;

Scanned with OKEN Scanner

— *androgeni :* Testorteron propionic, fiole a 25 mg, 3 pe săptămînă, în cure de 12 injecţii, în asociaţie cu vit. B_6, cîte o fiolă a 250 mg sau 1—2 comprimate a 250 mg/24 de ore ;

— *estrogeni* (vezi şi Acneele) : Sintofolin, fiole a 1 mg, cîte una la 2—3 zile, sau Estradiol, fiole a 5 000 u. cîte una la 3 zile, în serii de 4—6 fiole. Eventual se vor administra pe cale orală : Sintofolin, comprimate a 1 mg, Dietilstilbestrol a 1 mg cîte trei pe zi, în cure de 3—4 săptămîni (se va suspenda tratamentul la apariţia primelor semne subiective (înţepături) sau chiar obiective (ginecomastie) observate la nivelul mamelelor.

Cura Legroux asociază iodura de potasiu (vezi Actinomicoza şi Sporotricoza) cîte 1—3 g/24 de ore 30 de zile, cu sulfamidele (Sulfatiazol 3—4 g/24 de ore, timp de 8—12 zile sau cu antibiotice (Tetraciclină 2 g/24 de ore) ;

— *Hialuronidază* (Tilase, Hyason), în injecţii intramusculare zilnice, dă rezultate inferioare utilizării sale locale ;

— *corticoterapia* în doze medii (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore, în cure de 2—3 săptămîni, dă rezultate tranzitorii.

TRATAMENTUL LOCAL

Se utilizează şi de astă dată procedee variate : infiltraţii intranodulare cu Hialuronidază (Tilase, Hyason), fiole a 150 u.i., în asociere sau după o prealabilă anestezie cu Xilină 0,50—1%, în şedinţe bisăptămînale ;

— infiltraţii cu Hidrocortizon sau Supercortisol diluat 1/1 cu Xilină sau Procaină clorhidrică 1—2%, în şedinţele bisăptămînale ;

— ionizări cu Hialuronidază (Tilase, Hyason) în şedinţe zilnice sau la două zile. Dacă metodele de mai sus nu dau rezultate se va recurge la :

— iradieri cu ultrasunete (1 Mgh şi 3 Mgh), 10—20 de şedinţe a 15 minute, bi- sau monosăptămînale. O nouă serie poate fi repetată (vezi Tratamentul general). Unii autori recomandă în caz de eşec radioterapia superficială sau semipenetrantă (Degos ş.a.).

Scanned with OKEN Scanner

X

DERMATITA SEBOREICĂ

Dermatita seboreică grupează o serie de fapte clinice avînd comune şi caracteristice erupţia de elemente inflamatorii eritemato-scuamoase şi localizarea pe anumite regiuni, respectiv pe acelea cu mare activitate seboreică.

Simptome. La copil, manifestările dermatitei seboreice prezintă unele particularităţi : apariţia, în primele trei luni de viaţă, a plăcilor sau placardelor eritematoase, care se acoperă cu scuame grase, bine delimitate, uneori mărginite de un guleraş descuamativ. Leziunile pot să aibă ca localizare, fie extremitatea cefalică, respectiv pielea capului, sprîncenele, pleoapele, plicile retroauriculare sau şanţurile nazo-geniene (forma cefalică), fie pliul interfesier (forma ano-fesieră), de unde eritemul se extinde la plicile genito-crurale şi inghinale, fese, scrot. Leziunile pot rămîne uscate, acoperite de scuamo-cruste de aspect gras, sau pot zemui. Ele se infectează adesea secundar, transformîndu-se în dermite eczematiforme microbiene sau candidozice. O formă particulară a pielii capului o constituie „crusta de lapte". Generalizarea leziunilor este posibilă, indiferent de punctul de plecare, cefalic sau fesier, realizîndu-se eritrodermia descuamativă sau boala Leiner-Moussous.

La adult, manifestările dermatitei seboreice (eczematide seboreice) sînt mult mai frecvent întîlnite, atingînd ambele sexe ; se localizează cu predilecţie pe regiunile seboreice, dar nu obligatoriu la indivizi cu seboree exagerată. Se caracterizează la adult prin plăci eritemato-scuamoase rotund-ovalare, uneori bine delimitate, cum sînt acelea pe pielea capului sau torace, alteori mai prost delimitate, ca acelea de pe faţă. Adesea leziunile sînt discrete, abia vizibile, traducîndu-se printr-o nuanţă palidă roz-gălbuie şi o descuamaţie fină. Scuamele sînt lamelare sau furfuracee, de un

Scanned with OKEN Scanner

aspect particular grăsos (scuamo-cruste). Prin confluare realizează placarde cu contur policiclic. Pruritul este discret sau lipseşte.

Evoluţia este lungă, uneori indefinită, cu remisiuni spontane de durată variabilă şi cu recidive frecvente. Leziunile suferă o remaniere lentă, permanentă, modificîndu-şi discret forma şi sediul.

Sediile obişnuite sînt : pielea capului, faţa (şanţurile nazo-geniene, regiunea intersprîncenară şi peribucală), regiunile medio-toracică şi interscapulară, pliurile retroauriculare, submamare şi axilare, inghinale, interfesier, regiunea suprapubiană şi ombilicală ; conductul auditiv extern, mucoasa glandului.

Pitiriazisul steatoid corespunde leziunilor difuze şi mai intense ale suprafeţei pielii capului.

Unii autori consideră tot ca o manifestare a eczematidelor seboreice unele blefaro-conjunctivite cronice.

Etio-patogenia este obscură ; un rol cert îl joacă „terenul seboreic", care justifică sediul lor electiv. Nu este convingător rolul stafilococului (morococul Unna) sau al microbacilului Unna-Sabouraud.

TRATAMENTUL GENERAL

Este de importanţă secundară. Se pot prescrie medicaţii care influenţează activitatea seboreică :

— Folcisteină U, o fiolă la 2 zile, în cure de 30—45 de injecţii ;

— Vitamină A, 100 000 u.i./24 de ore ; B_2, o fiolă a 10 mg/24 de ore şi mai ales B_6, o fiolă a 250 mg (sau 1—2 comprimate a 250 mg)/24 de ore, în cure de o lună ;

— corticoterapie prin doze mici sau medii (Prednison 20—30 mg, Supercortisol 15—20 mg/24 de ore şi, mai ales, Superprednol cîte 1—½ mg/24 de ore, în cure de 15—20 de zile, în formele cu leziuni extensive, multiple, congestive, pruriginoase.

TRATAMENTUL LOCAL

În formele cu leziuni limitate la o regiune restrînsă este suficient singur şi constă în :

— spălarea pielii capului sau feţei cu săpunuri medicinale de gudron, ihtiol, sulf ;

— unguente cu antibiotice şi corticoizi : Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan sau

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Tetraciclină 0,50 g

În caz de eşec se vor aplica :

— unguente cu reductoare (eventual în asocierea cu corticoizi), Tumizon unguent sau

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Acid salicilic 0,25 g
Calomel (Precipitat alb Hg) 1 g
Vaselină 30 g

Rp. Sulf precipitat
Calomel āā 1 g
Vaselină 30 g
(numai pe eczematidele din pielea capului)

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Acid salicilic 0,25 g
Precipitat alb Hg (Calomel) 0,50 g

Scanned with OKEN Scanner

XI

DERMATOZE ÎN LEGĂTURĂ CU TULBURĂRI DE METABOLISM

A. PORFIRIILE CUTANATE

Porfiriile cutanate sînt dermatoze rezultînd din perturbări ale metabolismului porfirinelor, în a căror patogenie joacă un rol important sensibilizarea la lumina solară, fiind observate mai frecvent la bărbaţi decît la femei.

În raport cu proveniența porfirinelor în exces (alimentar-hepatică şi medular-eritrocitară) şi a altor factori etio-patogenici, se pot diferenţia mai multe tipuri de porfirii. Watson, Waldenström şi Brunsting le împart în două mari grupe :

PORFIRIILE ERITROPOIETICE

În general congenitale, pot apărea fie în copilărie, fie tîrziu, la vîrsta adultă, realizînd respectiv două tipuri clinice principale : a) porfiria congenitală Günther (hidroa estivală cu porfirinurie congenitală Hausmann şi Haxthausen) sau hidroa vacciniformă Bazin şi b) porfiria cronică mutilantă (Gay-Prieto şi colab.). În ambele, urina conţine izomerul I al uroporfirinei.

HIDROA VACCINIFORMĂ SAU ESTIVALĂ (BAZIN)

Constituie manifestarea clinică cea mai frecventă a porfiriei congenitale Günther.

Simptome. Este o afecţiune rară, care apare în primii 3—4 ani sau mai tîrziu, la pubertate. Se traduce printr-o erupţie constituită din vezicule care apar pe o bază papuloasă, şi din bule de dimensiuni mici, avînd un conţinut clar. Sediul de predilecţie, dar nu exclusiv, îl constituie părţile descoperite : faţă, gît, mîini, antebraţe, gambe şi dosul picioarelor. După cîteva zile, conţinutul veziculelor şi bulelor devine tulbure sau hemoragic, iar centrul se ombilichează, acoperindu-se cu o mică crustă brună. Derma-

toza evoluează în puseuri, de regulă primăvara şi vara, atenuîndu-se şi dispărînd către toamnă şi iarnă, pentru a reapărea în primăvara următoare. După vindecarea elementelor veziculo-buloase rămîn cicatrice, varioliforme persistente, importante pentru diagnosticul retrospectiv. Urinile sînt periodic roşii-brune, îndeosebi după expunerea pacientului la soare, datorită eliminării în exces de uroporfirine de tip I şi II, porfibilinogenul fiind absent. Afecţiunea se atenuează treptat şi dispare spontan către vîrsta adultă.

PORFIRIA CONGENITALĂ MUTILANTĂ

Se caracterizează printr-o evoluţie gravă, cronică, uneori mortală, avînd un tablou clinic asemănător celui din epidermoliza buloasă displazică. În urma vindecării ulceraţiilor postbuloase se produc pe părţile descoperite cicatrice sclero-atrofice retractile. Aspectul bolnavilor se apropie de acela al vechilor lupici. Uneori există şi leziuni osoase.

PORFIRIILE HEPATICE

Porfiriile hepatice, dobîndite, se întîlnesc la adulţi în legătură cu tulburări funcţionale ale ficatului. Frecvent în antecedentele bolnavilor se găsesc etilism cronic, infecţii luetice, virale (hepatite virotice), hepatite toxice, mai rar intoxicaţii cronice cu plumb sau medicamente. Unele medicamente, ca barbituricele, sulfamidele şi antipaludicele de sinteză, pot declanşa episoade acute de porfirie, atît la bolnavii cu porfirie cutanată, cît şi independent de aceasta, realizînd în acest caz aşa-zisa „porfirie acută intermitentă", fără manifestări cutanate.

Profiriile hepatice se traduc clinic prin două tipuri bine distincte:

porfiria cronică (tardivă) a adultului, cu manifestări cutanate şi porfiria acută şi intermitentă, cu manifestări nervoase şi abdominale, fără leziuni cutanate; la aceste două forme a mai fost adăugată o a treia;

porfiria mixtă, cu simptomatologie de porfirie cronică a adultului, la care se asociază episoade de porfirie acută.

1. PORFIRIA CRONICĂ (TARDIVĂ) A ADULTULUI

Porfiria cronică se caracterizează prin apariţia unor bule pe părţile descoperite (mîini, frunte, tîmple, urechi, ceafă), fiind observată mult mai frecvent la bărbaţi decît la femei.

Simptome. Bulele survin, atît spontan, sub formă de puseuri succesive mai mult sau mai puţin intense şi prelungite, alternînd cu perioade de remisiune, cît şi după traumatisme minime (semnul Nikolsky negativ). Bulelor le succedă cicatrice roz sau albe, uneori vitiliginoase, presărate de microchisturi cornoase albe *(milium).* O pigmentaţie mai mult sau mai puţin intensă, neomogenă, a regiunilor temporo-malare, uneori şi a cefei, precum şi o hipertricoză malară, vizibilă îndeosebi la indivizii bruneţi, completează simptomatologia clinică. Uneori se asociază plăci de sclero-

Scanned with OKEN Scanner

dermie, manifestări elastice ş.a. Hepatomegalia este frecvent constatată. Un sindrom urinar, cu micţiuni închise la culoare, roşu-acaju, mai ales după expuneri succesive la lumina solară, în care e decelează prezenţa uroporfirinelor I—III (porfibilinogenul absent) este caracteristic pentru această afecţiune. Adesea există şi o hipersideremie moderată.

TRATAMENTUL GENERAL

Tratamentul etiologic. În porfiria cronică a adultului se va cerceta şi trata o eventuală infecţie luetică. Chiar în absenţa acesteia, unii autori recomandă administrarea penicilinei, cîte 3 200 000 u./24 de ore, timp de 10—12 zile. Se vor cerceta probele funcţionale hepatice şi (chiar în absenţa probelor pozitive) se vor administra medicaţii cu acţiune de protejare şi refacere a celulei hepatice : Rovitrat, Neohepar, Hecogen, Mecopar forte, Vitamine C, B_1, PP ;

— **Tratament patogenic.** Independent de tipul porfiriei, se prescriu :

— Folcisteină U, o fiolă la 2 zile ; la copii $^1/_4$—$^1/_2$ fiolă, în funcţie de vîrstă ;

— Vitamină B_{12} 50—1 000 γ/24 de ore ; la copii 1—10 γ/24 de ore, după vîrstă, administrată intramuscular sau subcutanat ;

— Clorochin, cîte 400—800 mg/24 de ore ; se administrează cu prudenţă, el însuşi putînd declanşa o „porfirie intermitentă". Se va evita pe cît posibil această medicaţie ;

— Vitamină E, cîte 100 mg/24 de ore, drajeuri a 30 mg sau fiole a 30 mg ;

— Vitamină PP, cîte 3—6 comprimate a 0,10 g, după mese.

În cursul puseurilor eruptive se pot administra :

Edetamin, agent chelator care ar fixa fierul în exces (vezi Alergodermiile medicamentoase) ;

— corticoterapie în doze medii pentru jugularea puseurilor (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore), în cure de 10—12 zile. În porfiria congenitală mutilantă, corticoizii sînt indicaţi în doze crescute şi cure prelungite ;

— sîngerările (cîte 200—300 ml săptămînal) dau adesea rezultate bune.

Preventiv se contraindică în special în porfiriile hepatice, administrarea unor medicamente care pot declanşa crize de porfirie acută : estrogeni, progesteron, anovulatoare, antipaludice de sinteză, barbiturice, sulfamide ;

— la adulţi se recomandă un regim de menajare a celulei hepatice, fără condimente, conserve, mezeluri, băuturi alcoolice, grăsimi în exces etc.

TRATAMENTUL LOCAL

Preventiv şi curativ, se va evita contactul direct al părţilor descoperite cu lumina solară ; se vor folosi mijloace de protecţie mecanice (pălării cu bor mare, umbrele, haine închise, mîneci lungi) şi chimice, folosind substanţe fotoprotectoare (vezi şi efelidele) ; PAS sau Romavit în concentraţie de 10% în unguente, sau glicerolat de amidon.

Scanned with OKEN Scanner

Curativ se vor face comprese umede cu soluţii slab antiseptice şi antiflogistice : acid boric sau borax 2%, infuzie de chamomila sau Romazulan diluat, în care s-au pus cîteva picături de Fenosept sau Rivanol, tanin-borax 5—10‰, după care se vor face :

— atingere cu violet de genţiană 1% şi se vor aplica :

— unguente cu corticoizi şi antibiotice : Cornemin, Synalar, Triamcinolon cu saprosan sau

Rp. Locacorten 15 g (un tub)
Tetraciclină 0,50 g sau

Rp. Tetraciclină 0,50 g
Hidrocortizon 200 mg
Lanolină
Vitamina A soluţie uleioasă āā 5 g

B. DISLIPOIDOZA (Oppenheim-Urbach)

Cunoscută şi sub denumirea de *necrobioză lipoidică a diabeticilor,* afecţiunea se caracterizează prin leziuni de aspecte clinice variate : sclerodermiforme, sifiloide, de granulom inelar, de angio-dermatită pigmentară atrofică şi de macule uşor infiltrate (necrobioză maculoasă Miescher). Cel mai adesea evoluează cu leziuni care amintesc de granulomul inelar.

Simptome. Debutul se face prin mici noduli roşietici, duri, care se etalează apoi excentric, formînd plăci uşor proeminente cu centrul deprimat şi colorat în gălbui-cafea cu lapte, dure, sclerodermiforme. Leziunea poate fi unică, dar de cele mai multe ori există leziuni multiple, de dimensiuni variabile. Localizările de elecţie sînt dosul labei, glezna şi regiunile pretibiale, mai rar pe mîini şi antebraţe.

Etio-patogenie. Afecţiunea apare în aproximativ 50% din cazuri la diabetici, adesea în urma şi la locul unui traumatism. Este mai frecventă la femei. Apare de obicei ca manifestare a unei tulburări metabolice a grăsimilor, care se depun secundar în jurul unui focar de necrobioză local. Evoluţia este cronică, indefinită.

TRATAMENTUL GENERAL

Sînt indicate : un regim sărac în grăsimi şi glucide, şi administrarea de :

— *Insulină* (cel puţin la diabetici), flacoane conţinînd soluţie injectabilă de insulină 200 u. i. La diabetici se injectează după avizul specialistului ; se poate încerca şi la nediabetici, în doze moderate (10—50 u. i., dimineaţa pe nemîncate, în injecţii subcutanate) ;

— Tolbutamid, sulfamidă hipoglicemiantă care stimulează pancreasul endocrin, comprimate a 0,50 g N-p-toluensulfonil-N-butiluree. La diabetici se administrează peroral cîte 4—8 comprimate în prima zi, 3—6 comprimate în a doua zi, 2—4 comprimate în a treia zi, 1—2 comprimate în zilele următoare. Se repartizează în 2—3 prize, după mese, cu puţină apă. Tratamentul va fi efectuat sub supraveghere medicală.

Scanned with OKEN Scanner

La nediabetici se vor da cîte 2 comprimate pe zi, timp de 1—2 săptămîni, apoi cîte 1/2 comprimat de două ori pe zi, după mese, alte 2 săptămîni ;

— *Meguan*, antidiabetic cu acțiune specifică periferică asupra metabolismului glucidelor ; comprimate a 0,50 g clorhidrat de 1,1-dimetil-guanilguanidină. La diabetici se va administra sub supravegherea și după prescripția specialistului ; în general se începe cu 6 comprimate/24 de ore timp de 2—3 săptămîni, apoi doza se reduce la 2—3 comprimate, cu care se va continua după aviz. La nediabetici se vor da cîte 2 comprimate săptămînal, apoi 1 comprimat (cîte două jumătăți) după mese ;

— *Heparina lipocaică*, comprimate conținînd 1 000 u.i. heparină și 0,02 g factor lipocaic pancreatic. Se iau după mese cîte 3—6 comprimate/24 de ore, sublingual, ținîndu-le pînă la topirea lor cît mai înceată ;

— *Lipiodol*, flacoane conținînd ulei de garoafe iodat 40% (1 ml = 0,54 g iod metaloid). Se administrează de la 2 la 10 ml, intramuscular, în doze progresiv crescînde, o dată pe săptămînă ;

— *corticoterapia* aduce numai ameliorări parțiale, fiind necesare în general doze mari și cure prelungite.

TRATAMENTUL LOCAL

Se practică cu rezultate satisfăcătoare :

Infiltrații cu : insulină-hidrocortizon sau Supercortisol (diluate 1/1 cu xilină 2%) și Hialuronidază (Hyason, Tilase), 1 fiolă a 150 u.i. diluat 1/1 cu Xilină 2%. Infiltrațiile se fac de 2—3 ori pe săptămînă ;

— implante cu placentă sau piele conservată, sublezional (Longhin), la intervale de 2 săptămîni ;

— crioterapie sub presiune și durată moderate ;

— radioterapie superficială ;

— unguente cu corticoizi fluorinați sub pansamente ocluzive : Locacorten, Synalar, Triamcinolon.

C. AMILOIDOZELE CUTANATE

Pot fi secundare, ca în amiloidoza generalizată secundară (boala amiloidă) și amiloidozele cutanate secundare, sau primitive ca în :

Amiloidoza sistematizată primitivă (Lubarsch-Pick) care se deosebește de amiloidoza generalizată secundară prin faptul că organele atinse principal în aceasta din urmă (ficat, rinichi, splină) rămîn indemne. Sînt atinse în schimb : inima, mușchii netezi și striați, pielea și mucoasele. Manifestările acestora din urmă sînt foarte complexe și variabile : a) erupții cutanate constituite din papule rotunde, emisferice sau plate, de culoare roz, nepruriginoase. Pot conflua în plăci, localizîndu-se cu o deosebită predilecție la nivelul pleoapelor ; b) infiltrații difuze în suprafață, variabile ca întindere, care ating cu predilecție fața, gîtul, palmele și degetele mîinilor, limitînd mișcările și conferind tegumentelor un aspect pseudosclerodermic ; c) macroglosie cu infiltrație boselată alb-rozată, uneori și translucidă, a limbii, îndeosebi la nivelul marginilor.

Scanned with OKEN Scanner

Amiloidoza cutanată izolată primitivă (Gutmann) sau lichenul amiloid (Freudenthal), dermatoză care apare fără etiologie definită după vîrsta de 40 de ani. Localizarea strict cutanată a leziunilor opune această formă benignă amiloidozelor grave generalizate şi sistematizate.

Simptome. Precedată cîtva timp de un simplu prurit, erupţia se instalează prin puseuri insidioase de elemente papuloase rotunde, emisferice, verucoase, foarte pruriginoase, care se grupează în placarde, fără a confilua ; unele din ele suferă un proces de resorbţie, lăsînd în loc mici pete atrofice hipocromice. Erupţia se localizează de predilecţie simetric pe membrele inferioare, feţele de extensie ale antebraţelor şi braţelor, mai rar în afara acestor zone.

Etio-patogenia este neclarificată, ipoteza cea mai admisă fiind aceea după care amiloidul, proteină complexă, s-ar forma şi depune în urma unei perturbaţii locale a echilibrului serine-globuline.

TRATAMENTUL GENERAL

Este de obicei puţin eficace ; se pot încerca :

— perfuzii cu plasmă şi substituenţi macromoleculari : Haemacel, Macrodex, Reomacrodex, (vezi Arsurile) ;

— corticoizi în doze mari şi cure prelungite : Prednison 40—60 mg/24 de ore, Supercortisol 30—40 mg/24 de ore ;

— sedative nervoase, neuroleptice şi tranchilizante în caz de prurit exagerat (vezi Eczemele).

TRATAMENTUL LOCAL

Se aplică numai în lichenul amiloid şi constă în :

— implante sublezionale cu placentă sau piele conservată (Longhin), cîte un implant la 2 săptămîni ;

— cauterizări cu acid tricloracetic 33—50%, o dată la 7—10 zile ;

— crioterapie sub presiune mare şi durată de cîteva secunde ;

— infiltraţii cu Hidrocortizon sau Supercortisol (vezi dislipoidoza), indicate în formele cu placarde mici ;

— unguente cu corticoizi fluorinaţi sub pansamente ocluzive : Locacorten, Synalar, Triamcinolon.

D. MUCINOZELE

MUCINOZA FOLICULARĂ

Este o afecţiune mai recent individualizată, caracterizată prin alterări degenerative şi inflamatorii la nivelul foliculilor piloşi şi ai glandelor sebacee.

Simptome. Peretele foliculului apare îngroşat, devenind sediul unui edem intracelular şi al unei stări spongioide, care duce ulterior la formarea unor cavităţi chistice unde se depune o substanţă cu caracterele muci-

Scanned with OKEN Scanner

nei. Clinic, afecţiunea se prezintă sub forma unor leziuni unice sau puţine la număr, mai rar diseminate, multiple, polimorfe : a) plăci şi placarde eritemato-scuamoase, violacee, uşor infiltrate şi proeminente, evocînd pe acelea din reticuloze, parapsoriazis, eczeme, lepră ; b) papule foliculare keratozice, izolate, presărate pe placardele eritematoase şi la periferia acestora, sau grupate în plăci, pe un fond de piele normală sau uşor hipocromă ; infiltraţii proeminente de aspect tumoral ; d) alopecii, adesea tranzitorii, însoţind leziunile precedente, situate în zonele păroase (pielea capului, sprîncene).

Evoluţia este cronică. Leziunile sînt în continuă remaniere : unele dispar, în timp ce altele noi apar.

Etiologia este necunoscută ; au fost invocate : teoria infecţioasă, virotică, şi aceea a unui proces eczematos folicular. Afecţiunea poate apărea în două condiţii etiologice distincte : a) ca afecţiune autonomă, primară şi b) secundară, însoţind leziunile unor reticuloze, în special ale micozisului fongoid.

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat îndeosebi în formele cu leziuni multiple. Se pot încerca cu rezultate inconstante, adesea parţiale :

— corticoterapia se prescrie în doze medii, necesitînd de regulă cure prelungite (15—30 de zile) (Supercontisol 30—40 mg/24 de ore, Prednison 40—60 mg/24 de ore). Albirile sînt de cele mai multe ori urmate de recidive ;

— citostatice de tipul Metothrexatului (vezi Micozisul fongoid şi psoriazisul).

TRATAMENTUL LOCAL

Va fi utilizat în formele cu leziuni unice sau puţine la număr :

— unguente conţinînd hormoni corticosteroizi : Cornemin, Tumizon şi mai ales Locacorten, Synalar şi Triamcinolon, sub pansamente ocluzive ;

— unguente conţinînd citostatice de tipul Metothrexatului, în concentraţie de 0,5—1% (vezi Psoriazisul), de asemenea în pansamente ocluzive ;

— infiltraţii cu hidrocortizon 1% (Hidrocortizon o fiolă de 25 mg + 1 ml xilină 2%), în şedinţe bisăptămînale ;

— infiltraţii cu hialuronidază (Tilase, Hyason), fiole a 150 u. + 1 ml xilină şi procaină clorhidrică 2%. Radioterapie superficială şi cu raze Bucky.

MIXEDEMUL CIRCUMSCRIS

Mixedemul circumscris grupează patru tipuri clinice distincte, avînd însă în comun infiltraţia mucinoasă a pielii.

Mixedemul tuberos, cu debut brusc sau lent progresiv, se caracterizează prin infiltraţii cutanate în placarde sau în noduli proeminenţi, roz

sau gălbui, duri, bine delimitați. Pot avea sediu ubicuitar, dar cu deosebire pe frunte, periorbitar (facies leonin), ceafă, scrot, pliul interfesier.

Un tip particular și rar de mixedem papulo-tuberos îl constituie **sclero-mixedemul** lui Arnolt și Gottron. Leziunile au același sediu ca acelea din forma precedentă. Infiltrația dură, difuză, în suprafață, se asociază cu micropapule și noduli circumscriși ; la rădăcina nasului, se formează o tumefacție verticală foarte caracteristică. Tegumentul ia în ansamblu un aspect scleroedematos de culoare roz-gălbui, ca ceara, sau brun-deschis.

Mixedemul papulos sau lichenoid (lichenul mucinos). Este o varietate de asemenea rară, constituită dintr-o multitudine de mici papule emisferice de 1—3 mm diametru, de culoare albă-gălbuie ca fildeșul sau roz, de consistență dură. Sediul leziunilor : membrele, în special cele superioare.

Mixedemul circumscris pretibial. Apare aproape exclusiv la hipertiroidienii tratați, de cele mai multe ori la cîteva luni după o tiroidectomie, mai rar după cure prelungite cu antitiroidiene. Sediul de elecție îl constituie constant treimea mijlocie sau inferioară a regiunilor pretibiale, cu invadarea posibilă a dosului picioarelor. Leziunile, simetric dispuse, se prezintă ca două largi placarde, proeminente, bine conturate, de culoare roz sau gălbui, ca ceara. Uneori, prin întinderea și profunzimea infiltrației se realizează stări elefantiazice.

Evoluția diferitelor tipuri clinice enumerate este cronică. Se citează însă cazuri cu leziuni dispărute sub influența tratamentelor hormonale, sau chiar spontan.

Etio-patogenia este discutată. Mixedemul tuberos și lichenoid coexistă frecvent cu hipotiroidia, iar cel pretibial cu hipertiroidia tratată, dar cu metabolism ridicat (creșterea hormonului tireotrop hipofizar) sau cu o hipotireoză. Au mai fost invocate rolul sistemului nervos simpatic, al factorilor locali (traumatism, frig, proastă circulație de întoarcere etc.).

TRATAMENTUL GENERAL

Se va institui un tratament în primul rînd etio-patogenic, respectiv opoterapie tiroidiană cu extracte de tiroidă și hormoni tiroidieni de sinteză ; el va fi individualizat pentru fiecare caz, în raport cu datele clinice și rezultatele investigațiilor endocrine de laborator asupra stării funcționale a tiroidei :

— *Tiroidă,* drajeuri conținînd 0,075 și 0,125 g pulbere de glandă tiroidă. Mod de administrare : 1—3 drajeuri a 0,125 sau 0,075 g/24 de ore, după importanța hipotiroidiei și prescripțiile specialistului endocrinolog ; la copiii pînă la 3 ani : 0,01—0,02 g/24 de ore ; de la 3 la 15 ani 0,02—0,10 g/24 de ore, în funcție de intensitatea distiroidiei și vîrstă, posologia fiind riguros stabilită și supravegheată.

Se administrează numai 4—5 zile pe săptămînă, cu 2—3 zile pauză :

— *Tiroton,* comprimate conținînd 20 micrograme de triiodtiamină clorhidrică ; este un hormon tiroidian sintetic ; se administrează la adulți cîte 2—6 comprimate/24 de ore, iar la copii 1/2—2 comprimate/24 de ore, în funcție de vîrstă și importanța hipotiroidiei ;

— unii recomandă „grefe de tiroidă", care ar da rezultate mult superioare celorlalte procedee, în mixdemul tuberos şi papulos ; medicaţia tiroidiană va fi administrată cu foarte multă prudenţă şi sub strict control endocrinologic la cei cu mixdem pretibial anterior trataţi pentru hipertiroidism (Basedow), la care adesea ea este contraindicată. La aceştia, ea va fi eventual asociată cu o medicaţie iodată ;

— *Iodură de potasiu,* comprimate a 1 mg, cîte două comprimate/săptămînă la adulţi, cîte unul la 3—4 zile ; la copii peste 7 ani 1/2—1 comprimat/săptămînă, în funcţie de vîrstă.

Au mai fost utilizate cu rezultate uneori bune :

— estrogenii (vezi Acneea), eficace în special în mixedenul pretibial ;

— *Lipiodol* 40% (vezi Dermatomiozita), în doze progresiv crescînde, de la 2 la 10 ml, o dată pe săptămînă, eficace în scleromixedem.

TRATAMENTUL LOCAL

Este în general puţin recomandat ; s-au utilizat cu rezultate inconstante :

— radioterapie superficială (în scleromixedem, Nicolau şi colaboratorii), teleroentgenterapie ;

— infiltraţii intralezionale cu Hidrocortizon sau Supercortisol 0,50—1% (o fiolă de Hidrocortizon sau Supercortisol a 25 mg, diluată cu 1 ml xilină 2%), în şedinţe bisăptămînale ;

— infiltraţii cu Hialuronidază (Tilase, Hyason), o fiolă a 150 u., diluată ca mai sus cu xilină ;

— unguente cu corticoizi fluorinaţi în pansamente ocluzive (Locacorten, Synalar, Triamcinolon), indicate în mixedemul tuberos şi pretibial cu leziuni puţin întinse.

E. XANTOAMELE (xantomatozele)

Sînt leziuni cutanate reprezentînd depozite lipidice, în particular colesterolice, ca urmare a unei tulburări în metabolismul grăsimilor. Există mai multe tipuri clinice :

XANTELASMA

Xantomatoză cu localizare electivă la pleoape, îndeosebi pentru pleoapa superioară. Apare mai frecvent la femei după vîrsta de 40 de ani ; debutează în unghiul intern al ochiului, prin plăci galbene-arămii, bine delimitate, cu contur neregulat, abia proeminente ; ele progresează lent, ajungînd la cîţiva centimetri în diametru, unice sau multiple, dispuse simetric.

Scanned with OKEN Scanner

AXNTOMATOZA HIPERCOLESTEROLEMICĂ EREDITARĂ ESENȚIALĂ

Se caracterizează prin noduli tumorali, „xantomi tuberoși", galbeni-arămii, violacei sau galben-bruni, de talie variată, mergînd de la aceea a unui bob de piper la aceea a unei nuci sau mandarine ; la început semiduri, devin cu timpul duri. Unici sau confluenți, în mase lobulate, se dispun simetric oriunde pe corp, cu predilecție în zone de presiune : genunchi, coate, fața dorsală a mîinilor și degetelor, fese etc. Apar la orice vîrstă, evoluînd în puseuri cu o durată indefinită. Hipercolesterolemia atinge cifre variind între 3 și 8 g, chiar 12 g, fără modificarea raportului colesterol liber și esterificat. Există forme grave, cu leziuni xantomatoase cardio-vasculare. Prognosticul este rezervat din cauza localizărilor viscerale, îndeosebi cardio-vasculare (infarcte explicînd unele morți subite la indivizii tineri).

Xantomatozele secundare apar în legătură cu o hiperlipemie esențială, diabet zaharat, pancreatite cronice, boala Bürger și Grütz, variații bruște de regim etc., cea dintîi fiind cea mai frecventă cauză. Xantoamele cutanate sînt aici de tip papulos, cu elemente mici, de dimensiunea unei gămălii de ac pînă la aceea a unui bob de mazăre, putînd apărea oriunde, în special pe fese, în număr mare, „xantoame eruptive". Hiperlipemia se poate ridica pînă la 40 și chiar 60 g la litru (normal 6 g‰), conferind serului un aspect lactescent. Există și o creștere, moderată însă, a colesterolemiei. Leziunile cutanate pot să se steargă în cîteva săptămîni, dacă hiperlipemia scade cu un regim sărac în grăsimi, și să reapară dacă regimul alimentar nu este respectat. Există însă și cazuri de xantoame tuberoase și xantoame eruptive care nu pot să apară în afara oricăror modificări a lipidelor sanguine (de exemplu, xantoamele juvenile).

TRATAMENTUL GENERAL

Acesta va fi etio-patogenic, urmărind o corectare a tulburărilor metabolice ale lipidelor, în primul rînd prin tratamentul medicamentos al unei eventuale insuficiențe hepato-pancreatice și, în al doilea rînd, printr-o alimentație săracă în grăsimi, în special în colesterol și glucide, dar bogată în proteine, cu multe legume, fructe. Se vor administra :

— medicații colagoge și hipocolesterolemiante : Anghirol, Boldocolin, Carbicol, Colebil, Fiobilin, Peptocolin, Asclerol etc. ;

— medicații lipotrope și lipidoconversoare : Inositol, Colină, Metionină (Tonozit), Mecopar forte, Heparină și Heparină lipocaică în cure prelungite ;

— în cazurile cu hiperglicemie și chiar la nehiperglicemici se vor administra și hipoglicemiante : Insulină (la nediabetici cîte 10—20 u.i./24 de ore), Meguan, Tolbutamid (vezi Dislipoidoza) ;

— alte medicații cu acțiune asupra metabolismului grăsimilor : extracte tiroidiene (Tiroidă) sau hormoni tiroidieni de sinteză (Tiroton), care se vor administra cu prudență pentru a nu provoca fenomene de hiper-

Scanned with OKEN Scanner

tiroidism (vezi Mixedemul) ; vitamina A 100 000 u./24 de ore (vezi Hiperkeratozele) şi vitamina B_{12}, o fiolă a 1 000 γ la 3—4 zile ; în cure de 10—15 injecţii.

TRATAMENTUL LOCAL

Se aplică pentru motive de ordin estetic, utilizîndu-se :

— extirparea chirurgicală, crioterapia sub presiune moderată (numai în xantelasma), electrocoagularea superficială strat cu strat (în special în xantelasma) sau cauterizări cu acid tricloracetic 33—50%. După cauterizare, indiferent de procedeu, se vor aplica unguente cu corticoizi : Connemin, Synalar, Locacorten. Se mai pot practica :

— infiltraţii cu heparină 5% (1 fiolă a 5 000 u.i., diluată în 5 ml apă distilată) sau soluţie de procaină clorhidrică 1%, o şedinţă sau două pe săptămînă (Cornblatt).

XII

COLAGENOZELE CU MANIFESTĂRI CUTANATE

LUPUSUL ERITEMATOS

Lupusul eritematos este o dermatoză inflamatorie de cauză necunoscută, putînd evolua sub trei forme clinice: acută, subacută sau cronică. Prin particularităţile clinice, evolutive şi prognostice, cele trei forme constituie varietăţi bine distincte.

1. LUPUSUL ERITEMATOS ACUT DESEMINAT (LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC)

Considerat de unii ca o entitate autonomă cu evoluţie progresivă şi gravă, atinge predominant femeile tinere, afectînd diferitele viscere şi în mai mult de jumătate din cazuri şi pielea.

Simptome. Debutează mai rar prin vagi simptome şi semne (artralgii, uşoară febră, astenie, modificări serologice ş.a.), care pot precede cu luni sau ani episodul exploziv acut. În unele cazuri, acesta este precedat de leziunile cutanate ale unui lupus eritematos cronic, din care poate deriva; în majoritatea cazurilor, lupusul, eritematos sistemic debutează prin: a) manifestări generale, realizînd tabloul simptomatic al unei boli infecţioase severe (stare generală profund alterată, cu febră ridicată — 39—40° —, cefalee, astenie, artralgii, tulburări digestive, obnubilare etc.); b) manifestări cutanate, prezente în mai mult de 50% din cazuri; ele sînt polimorfe, traducîndu-se prin eritem erizipeloid difuz al feţei sau care ocupă obrajii şi dosul nasului (vespertilio); de culoare roşie-violacee sau liliachie, are particularitatea de a-şi modifica intensitatea de la o zi la alta. Uneori i se asociază scuame şi cruste, simulînd o lucită. Pete eritematoase sau eritemato-scuamoase apar pe coate, antebraţe, dosul mîinilor şi pe degete, în special pe pulpele acestora, unde eritemul este neomogen, prost conturat, telangiectazic. Mucoasele, în special cea bucală, sînt deseori atinse, prezentînd eroziuni pemfigoide sau o stomatită difuză; c) manifestările articulare, reumatoide, care constituie adesea primul semn de boală, se traduc în perioada de stare prin artralgii asociate adesea cu

Scanned with OKEN Scanner

mialgii, şi prin poliantrite acute sau subacute, migratoare şi recidivante, simulînd un reumatism poliarticular acut ; o atingere musculară, cu mialgii şi o astenie, existentă în unele cazuri, realizează fapte clinice de trecere spre dermatomiozite ; *d)* manifestări viscerale, caracteristice, fie poliviscerale şi polisenoase, fie monoviscerale (adesea numai clinic, în realitate fiind vorba de o atingere difuză a tuturor viscerelor, dar nemanifestă clinic. Primul loc îl ocupă cele pleuro-pulmonare, cardiace şi renale, care apar izolate sau în asociaţie : pleurezii uscate sau lichidiene, episoade pneumonice, fugace, pericardite, endocardite şi, mai ales, nefrite cu albuminurie, cilindrurie şi azotemie ; atingerea renală este aceea care ghidează prognosticul bolii, întotdeauna rezervat cît timp persistă albuminuria şi cilindruria ; *e)* inconstant se pot observa : adenopatii, splenoşi hepatomegalie, manifestări neuropsihice şi leziuni oculare ; *f)* manifestări hematologice şi serologice care constituie semne valoroase pentru diagnosticul de laborator al bolii : creşterea importantă a vitezei de sedimentare a hematiilor, hiperglobulinemia, privind mai ales gammaglobulinele, persistînd chiar în fazele de remisiune clinică ; leucopenie, anemie, trombocitopenie, prezenţa celulelor de lupus eritematos (celulele lui Hargraves), decelabile pe frotiuri de măduvă osoasă sau pe leucocitele sîngelui, semn de mare valoare diagnostică, a cărui specificitate este astăzi însă discutată.

Evoluţia este continuă sau în puseuri alternînd cu remisiuni spontane (sau postterapeutice), adesea fără leziuni cutanate.

Durata bolii este variabilă, cu evoluţie rapid fatală sau de 2—5 ani ; ea poate fi prelungită prin corticoterapie.

Etio-patogenie. Cauza nu este cunoscută, boala apare cu predilecţie la sexul feminin (80—90%), frecvent după o expunere prelungită la soare, mai rar după tratamente (crisoterapie) ale formelor cronice, sau independent de acestea (penicilină, hidralazină, sulfamide). Raporturile dintre lupusul eritematos sistemic şi lupusul eritematos cronic sînt încă discutate. Unii autori susţin unicitatea celor două varietăţi eritematolupice, alţii le consideră entităţi deosebite, autonome. Sînt admise : etiologia infecţioasă (infecţie streptococică sau virală, mai puţin bacilară) şi mecanismul alergic secundar autoimun faţă de autoantigene (boală autoimună). Leziunea internă tisulară, comună tuturor organelor atinse, constă în degenerescenţa fibrinoidă a ţesutului conjunctiv, în primul rînd a aceluia de la nivelul vaselor (colagenoză).

TRATAMENTUL GENERAL

Profilactic vor fi evitate medicamentele susceptibile de a declanşa sau întreţine afecţiunea (penicilină, sulfamide şi mai ales hidralazina) şi lumina solară, în particular aceea din lunile de primăvară şi vară, precum şi căldura artificială.

— **Corticoterapia,** eventual ACTH-ul, constituie medicaţia de elecţie a perioadei de debut, administrîndu-se în doze de atac, mari, în primele zile pe cale parenterală (vezi Pemfigusul) : Hemisuccinat de hidrocortizon 100—200 mg/24 de ore preferabil în perfuzii intravenoase, Prednison 60—80 mg/24 de ore, Superprednol 8—12 mg/24 de ore, Super-

Scanned with OKEN Scanner

cortizol 50—60 mg/24 de ore. Curele se prelungesc timp de mai multe săptămîni, practic pînă la remiterea fenomenelor clinice şi a semnelor hematologice şi serologice (exceptînd V.S.H.-ul, care persistă multă vreme); după remisiune se începe scăderea în palier, cu multă grijă, foarte lent, a dozelor zilnice de corticoizi, pînă la doza minimă de întreţinere, care va fi prelungită timp îndelungat. ACTH-ul se administrează intravenos sau intramuscular, în doze de 150—200 u./24 de ore, pînă la remisiunea fenomenelor, după care se scade cu cîte 25 sau 12,5 mg pînă la doza minimă de întreţinere. În cursul corticoterapiei, ACTH-ul se administrează periodic cîteva zile, în doze de 100—150 u./24 de ore, pentru stimularea corticosuprarenalei ; de asemenea, fiecare cură de corticoizi va fi terminată prin ACTH. Preparatul poate fi administrat şi sub forma sa „retard" (vezi „Pemfigusul"). Corticoterapia va putea fi oprită temporar în raport cu evoluţia (dispariţia semnelor serologice şi hematologice), mizîndu-se pe remisiuni chiar spontane, posibile în cursul evoluţiei bolii.

Concomitent cu corticoterapia sînt indicate : reducerea sării, administrarea de medicamente antiacide, gastrice, anticolinergice, eventual sare fără sodiu sau caşete cu clorură de potasiu, cîte 5—10 mg/24 de ore, şi anabolizanţi : androgeni şi estrogeni (Madiol, Naposim, Dietilstilbestrol şi Sintofolin) (vezi Pemfigusul şi Lupusul eritematos), calciterapie masivă etc., un regim bogat în proteine.

Se mai prescriu **antimalarice de sinteză :** Clorochin 400—800 mg/24 de ore sau Atebrin 100—200 mg/24 de ore ; se va începe cu doze mici (200 mg), crescîndu-se progresiv doza ; acestea pot fi utilizate de la început în formele uşoare, iar în cursul formelor grave, după ameliorare şi stabilizare, recte după transformarea într-o formă cu evoluţie subacută prin corticoizi. Antipaludicele pot fi administrate de asemenea ca tratament de întreţinere între curele corticoterapice.

Citostaticele de tipul Methotrexatului (vezi Micozisul fongoid) 1,25—3 mg/24 de ore *per os* şi *Imuranul* 50—75 mg/24 de ore, ca agenţi antimetabolici, sînt utilizate azi de unii autori ca medicaţii cu acţiune imunosupresivă, avînd efecte terapeutice remarcabile (vezi Pemfigusul). Sînt indicate mai ales în cazurile rezistente la corticoterapie ; Imuranul este în general bine tolerat, permiţînd administrarea sa îndelungată (6—18 luni ; Methotrexatul este mai prost tolerat (reacţii gastro-intestinale, leucopenii).

— Transfuzii sau perfuzii cu sînge, plasmă şi substituenţi (Haemacel, Macrodex, Rheomacrodex) (vezi Arsurile) sau cu leucocite (ca sursă de inhibitor al dezoxiribonucleazei).

— Este foarte important şi util să se ţină bolnavul în repaus complet, la pat, să se administreze o alimentaţie complexă şi raţională şi să se trateze orice infecţie locală, îndeosebi a arborelui respirator superior, care poate grăbi evoluţia bolii.

2. LUPUSUL ERITEMATOS SUBACUT

Este o formă de tranziţie între lupusul eritematos cronic şi cel acut, arbitrar creată şi admisă de o parte din autori pentru a desemna fapte clinice în care leziunile multiple se cantonează numai la piele, dar avînd

Scanned with OKEN Scanner

un caracter congestiv-edematos şi extensiv, cu tendinţă la diseminare ; sînt cuprinse, în general părţile descoperite (faţa, gîtul, mîinile, antebraţele).

Ulterior, aspectul congestiv-edematos se atenuează, lăsînd în loc leziuni de lupus eritematos cronic (lupus eritematos cronic diseminat). Nu există febră, şi nici participare viscerală. Ar exista în faza de debut o creştere a vitezei de sedimentare.

Lupusul eritematos subacut n-ar fi pentru unii decît o simplă modalitate de debut, fie a lupusului eritematos acut, fie cel mai adesea a unui lupus eritematos cronic.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi orientat în funcţie de intensitatea şi evoluţia manifestărilor clinice de debut, coroborate cu cele de laborator (renale, hematologice), fie spre un lupus eritematos acut diseminat, fie spre unul cronic (vezi cele două forme de lupus eritematos).

3. LUPUSUL ERITEMATOS CRONIC

Localizat exclusiv la piele, are ca sedii de predilecţie faţa, îndeosebi nasul şi obrajii, urechile, gîtul, decolteul şi pielea capului.

Simptome. Se caracterizează prin pete eritematoase, unice sau multiple, bine delimitate, cu contur de obicei regulat în cazul leziunilor mici, neregulat şi chiar geografic în cazul placardelor mai mari ; petele eritematoase sînt acoperite de scuame fine, aderente, care se continuă la nivelul foliculilor pilo-sebacei prin prelungiri keratozice (hiperkeratoză foliculară) ; inconstant se mai observă telangiectazii, iar în stadiile avansate, atrofie, pigmentaţie, rar ulceraţii. După aspect şi evoluţie se descriu mai multe varietăţi clinice : *a*) l.e. centrifug (Biett), constituit de un placard unic, situat cel mai frecvent pe nas şi pometi *(vespertilio)*, cu evoluţie excentrică lentă şi capricioasă ; b) l.e. fix, în care hiperkeratoza predomină, mascînd eritemul ; atrofia este foarte importantă, ducînd la tulburări de pigmentaţie, ulceraţii şi adesea la transformare malignă ; c) l.e. cronic diseminat, cu leziuni discoide, eritemato-scuamoase multiple, pe faţă, gît, decolteu ; d) l.e. seboreic, superficial, cu scuame grase şi cu conturuni mai puţin nete ; e) l.e. congestiv sau eritemato-urticarian, adesea mobil, cedînd uşor, fără cicatrice ; f) l.e. bulos ; g) l.e., profund, care se dezvoltă prin infiltraţii în profunzimea pielii şi în hipoderm ; h) l.e. al buzelor, rar al mucoaselor endobucale, se prezintă ca plăci eritemato-erozive, mărginite de un chenar leucoplazic, depăşind de obicei interlinia semimucoasă-piele.

Evoluţia este cronică, de luni şi ani de zile, cu remisiuni spontane posibile şi recidive. Se citează cazuri cu evoluţie spre un lupus eritematos acut sistemic.

Etiologia este necunoscută. Este considerat ca o manifestare reactivă în legătură cu diferiţi factori : focare de infecţie streptococică, factori

Scanned with OKEN Scanner

endocrinologici, stare imunologică alterată, sensibilitate la lumină solară etc. Cît privește raporturile cu l.e. sistemic, cei mai mulți sînt pentru unicitatea lor.

TRATAMENTUL GENERAL

Se vor cerceta sistematic și trata focarele de infecție, în special cele rinofaringosinuzale și adenopatiile cervicale, bacilare.

Se vor administra ca medicație specifică **antimalarice de sinteză:** clorochin fosfatic sau difosfatic (Clorochin). Se administrează în doze crescînde: 200—400 mg/24 de ore în prima săptămînă, 400—600 mg/24 de ore în a doua săptămînă și 800 mg/24 de ore în a treia săptămînă, continuîndu-se cu această doză, dacă este necesar, încă 2—3 săptămîni. Alte antimalarice utilizate: Mepacrin (Atebrin), 100—200 mg/24 de ore, timp de 2—3 săptămîni, apoi la 3 zile timp de cîteva săptămîni (este mai toxic decît antimalaricele albe); Hidroxiclorochina sulfat (Plaquenil), cîte 400 mg/zi, pînă la atenuarea leziunilor, după care se scade doza, după procedeul de mai sus. Dozele globale zilnice se dau fracționate în două sau trei prize, după mese. La apariția unor fenomene de intoleranță (grețuri, anorexie, vărsătură, diaree, cefalee) și mai ales a tulburărilor de acomodare vizuală, se va suspenda tratamentul cîteva zile, reluîndu-se în doze scăzute. Pentru a ameliona toleranța se pot administra asocieri de două sau trei antimalarice, fiecare în doze scăzute, la care se pot adăuga și alte substanțe medicamentoase cu acțiune antiinflamatorie sau favorizante ale toleranței la antimalarice: pantotenat de calciu, piridoxină, vitamină B_6, acid paraaminobenzoic (Romavit). În caz de rezistență la un preparat antimalaric se recomandă schimbarea cu un altul.

— **Corticoterapia** e indicată în doze medii (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore) în cazurile rezistente la antimalarice, precum și în cazurile cu tendință la diseminare în faza de început, după care (sau concomitent) se vor administra antimalarice.

— *Bismutul* este administrat sub formă de salicilat de bismut în suspensie uleioasă (Bismosal), în doze de 0,10 g de două ori pe săptămînă, intramuscular, în cure de 12—15 injecții.

— Sărurile de aur, relativ toxice, dintre care cea mai utilizată este aurothioglucoza (Solganal B oleosum) se încep cu 0,1 ml din suspensia uleioasă 2%, crescîndu-se cu cîte 0,1 ml la fiecare injecție, care se fac în ritmul de două sau una pe săptămînă, pînă se ajunge la doza de 1 ml, după care se trece la suspensia de 20%, cu care se procedează ca mai sus, începînd cu 0,1 și crescînd săptămînal cu 0,1 ml pînă la 1 ml. Cura totală este de 2—3 g. Se va avea grijă ca și la bismut, de o riguroasă igienă bucală, de toleranță renală și de formula sanguină.

TRATAMENTUL LOCAL

Se fac aplicații de topice cu corticoizi, de preferință *Synalar*, eficace numai în pansamente oduzive, sub foiță de poliester sau celofan. În formele rebele se pot utiliza cu foarte bune rezultate: infiltrații locale, în

Scanned with OKEN Scanner

ședințe săptămînale sau bisăptămînale, cu hidrocortizon acetat (diluat 1/1 cu xilină 2%) sau cu soluție de Mepacrin 0,5—1% (Atebrină).

Zăpada carbonică și acidul tricloracetic vor fi utilizate ca keratolitice în formele hiperkeratozice și după vindecare, în scopuri corective.

În timpul mersului la soare, care va fi pe cît posibil evitat, se vor utiliza profilactic mijloace de protecție vestimentară (pălării cu bor larg, umbreluțe etc.) și medicamentoase prin topice conținînd substanțe fotoprotectoare (vezi Efelidele).

SCLERODERMIILE

Sclerodermiile sînt stări care au comun o induratie scleroasă particulară a tegumentelor. Se disting mai multe varietăți.

I. SCLERODERMIILE GENERALIZATE

După debut se deosebesc trei tipuri clinice :

Sclerodermii generalizate cu debut acut, caracterizîndu-se printr-o infiltrație edematoasă, asemănătoare sclerodermiei edematoase ; ulterior urmează infiltrația scleroasă caracteristică (vezi mai departe).

Sclerodermii generalizate cu debut insidios, infiltrația, de la început scleroasă, fiind difuză pe teritorii întinse (extremitatea cefalică, gît, toracele, superior, membrele superioare).

Sclerodermia progresivă generalizată cu sclerodactilie. Este ceva mai frecventă și debutează de obicei la nivelul degetelor (sclerodactilie), prin simptome vasculo-nervoase vegetative : senzație de îngroșare și redoare, înțepături, furnicături sau simptome de tipul sindromului Raynaud : crampe și crize de asfixie locală, însoțite de dureri. Aceste crize se însoțesc după un timp de bule și eroziuni ale pulpelor, urmate de cicatrice. Cu timpul, degetele se efilează, devin rigide, greu flexibile, cu tegumentele dure, atrofice, de culoare galbenă ca ceara. Concomitent sau mai tîrziu sînt prinse fața și, progresiv, gîtul și toracele. Pliurile mici dispar, pielea devine dură, scleroasă, imobilă, aderentă de planurile profunde. Este posibilă afectarea laringelui și esofagului de către procesul fibro-scleros. În țesutul scleros pot apărea concrețiuni calcare, care se elimină prin fistule supurative, îndeosebi la nivelul degetelor (sindromul Thibierge-Weisenbach). Evoluția este lentă, cronică, indefinită, spre caşexie și moarte, adesea prin complicații respiratorii, cardiace, esofagiene. Există perioade de remisiune parțială și de stabilizare temporară, urmată de noi puseuri evolutive.

II. SCLERODERMIA EDEMATOASĂ (Hardy) (scleredemul Buschke)

Debutează de obicei la cîteva zile după un episod infecțios febril (angină, gripă, erizipel, scarlatină etc.), atingînd porțiunea superioară a trunchiului : fața, ceafa, gîtul, toracele superior, membrele superioare (exceptînd mîinile). Tegumentele, îndeosebi hipodermul, sînt sediul unei

infiltraţii edematoase difuze, pielea păstrîndu-şi aspectul normal ; mişcările sînt limitate, în special ale gîtului, faţa „figée", pliurile şi reliefurile musculare dispărute. Afecţiunea atinge, atît adulţii, cît şi copiii, mai ales pe cei de sex feminin.

Evoluţia se face, fie spre vindecare în cîteva luni, fie spre o sclerodermie progresivă generalizată.

III. SCLEREMUL EDEMATOS AL NOU-NĂSCUTULUI

Este o afecţiune rară, care apare în primele zile de la naştere, adesea la imaturi. Se caracterizează printr-o induraţie difuză şi progresivă a tegumentelor, ce se cantonează la jumătatea inferioară a corpului, mai rar generalizată. Evoluţia este capricioasă, făcîndu-se fie spre *exitus* în 5—10 zile, fie spre vindecare, cu sau fără recăderi. Etiologia pare să fie infecţioasă ; unii o consideră ca o formă de sclerodermie edematoasă.

IV. SCLERODERMIILE CIRCUMSCRISE

După aspectul clinic se deosebesc mai multe tipuri :

1. SCLERODERMIA ÎN PLĂCI (MORFEE)

Debutează prin pete eritematoase, de un roz-liliachiu, albindu-se treptat şi indurîndu-se la centru ; în tot timpul perioadei active, plăcile păstrează la periferie un chenar liliachiu caracteristic. Centrul plăcilor evoluate este sidefiu-cenuşiu sau galben „ceară" ; placa este de o duritate lemnoasă, greu plisabilă, aderentă de planurile profunde, fără peri la suprafaţă şi cu sensibilitatea diminuată. Plăcile vechi, regresive, devin atrofice şi pigmentate, iar chenarul liliachiu dispare. La nivelul pielii capului, ele determină alopecii maculoase-atrofice, definitive, simulînd o pseudopeladă Brocq.

2. SCLERODERMIA ÎN BANDĂ

Leziunile afectează dispoziţia de benzi late de 15—30 cm, de lungime variabilă, adesea localizate de-a lungul unui întreg membru, frecvent vertical la nivelul frunţii şi pielii capului, denumite în „lovitură de sabie". Tegumentele sînt sclero-atrofice, gălbui sau albicioase, adesea pigmentate, cu sau fără chenar liliachiu prezent ; ele sînt aderente de planurile profunde, limitînd mişcările membrului atins.

3. SCLERODERMIA INELARĂ

Este o formă excepţională şi discutabilă ; pare să nu fie altceva decît bridele inelare de origine amniotică ale copiilor, bride care duc la elefantiazis sau amputaţii spontane.

Scanned with OKEN Scanner

4. SCLERODERMIA ÎN PICĂTURI (MORFEEA ÎN PICĂTURI)

Este constituită din mici pete albe-sidefii, sclero-atrofice, rotund-ovalare, de dimensiuni variind între 2 şi 10 mm, bine conturate, în număr variabil, diseminate oriunde pe corp, dar mai ales pe toracele superior, umeri, ceafă, braţe. Petele pot confluia pe alocuri, realizînd placarde mai întinse, cu contururi neregulate, festonate, curbilinii şi cu elemente izolate la periferie. Atît petele izolate, cît şi placardele rezultate din confluarea acestora prezintă un mic chenar liliachiu. Acest semn ca şi coexistenţa cu leziuni tipice de sclerodermie permite *identificarea morfeei în picături* cu această afecţiune.

Etio-patogenie. Este încă necunoscută. A fost invocată teoria infecţioasă, acceptată mai ales pentru scleredem, a unei tulburări disendocrino-simpatice şi aceea a unei tulburări diencefalo-hipofizare, iar mai recent aceea de colagenoză şi de boală autoimună.

TRATAMENTUL GENERAL

— În ideea unei etiologii infecţioase sînt indicate antibiotice, cu unele rezultate bune, în special în faza de debut ; se utilizează în general:

— *Penicilină G, sodică sau potasică* (vezi şi Piodermitele), cîte 1 200 000—1 600 000 u.i./24 de ore. Mai comod de administrat este Moldaminul (vezi Acrodermatita cronică atrofiantă), cîte o fiolă a 1 200 000 u. la 4—5 zile, sau o fiolă de 600 000 la 3 zile. Curele sînt în general lungi, de 20—30 de zile, însumînd între 50 şi 100 000 000 u.i. sau

— *Tetraciclină* (vezi Piodermitele), cîte 2 g/24 de ore, în cure de 15—20 de zile ; se pot repeta după pauze de 2—3 săptămîni.

Ca medicaţie simptomatică şi patogenică se prescriu pentru acţiunea lor sclerolitică, vasodilatatoare şi permeabilizatoare :

— *ulei iodat* — *„Lipiodol"* — 40%, administrat în doze mari, de 5—15 ml la 3 zile (Degos) ;

— *vitamină E,* soluţie injectabilă, cîte 1 fiolă a 300 mg la 2 zile, în total 15—20 de injecţii pe serie ; cura se poate repeta după o pauză de o lună ;

— *vitamină PP,* în comprimate, 300—600 mg/24 de ore (3—6 comprimate) sau în fiole, cîte 50—100 mg/24 de ore (o fiolă a 30 mg sau o fiolă a 100 mg), intramuscular sau, dacă sînt bine tolerate, intravenos foarte lent. Curele sînt de 15—20 de zile, repetate după 2—3 săptămîni :

— *vitamina* D_2 (Norman), în doze masive, cîte o fiolă buvabilă sau injectabilă a 600 000 u. la 4—5 zile, în total 6—8 fiole pe serie, care se poate repeta după 2—3 luni ;

— *Tolazolin (Perifen)* clorhidrat de 2-benzol-2-imidazolin, în comprimate a 25 mg şi fiole a 10 mg. Se administrează cîte 3—4 comprimate/24 de ore (se începe cu 1/2 comprimat pentru tatonarea toleranţei) sau cîte 1—2 fiole/24 de ore intramuscular ; dacă toleranţa este bună, fiolele se pot administra şi intravenos. Curele sînt de 15 zile, putîndu-se repeta de mai multe ori după pauze egale de timp. Nu se administrează la cei cu gastrite şi ulcer gastro-duodenal sau în sarcină ; se administrează cu prudenţă la cardiaci.

Scanned with OKEN Scanner

— *Butedrin (Vasculat),* sulfat de oxifeniloxibutilaminoetan, comprimate a 25 mg şi fiole a 50 mg ; se administrează cîte 2—4 comprimate/24 de ore sau o fiolă/24 de ore, intramuscular ; se începe cu o serie de 7—15 injecţii, continuîndu-se apoi cu comprimate. Curele sînt de 20—30 de zile. Posedă o acţiune vasodilatatoare periferică, de permeabilizare la nivelul tegumentelor sclerodermice. Se poate asocia cu Tolazolinul şi vitamina PP ;

— Novocaină (procaină clorhidrică) în injecţii sau perfuzii lente intravenoase din soluţia 0,25% cîte o fiolă a 2 ml conţinînd soluţie 2% diluată cu 8 ml apă distilată. Se mai poate administra şi pe cale orală, cîte 3—6 linguri/24 de ore din soluţia 0,50%. Curele vor fi de 30 de zile, putîndu-se repeta după 2—3 săptămîni. Este utilizată pentru aceeaşi acţiune vasodilatatoare, permeabilizatoare. Prealabil administrării se va testa toleranţa la novocaină prin teste alergologice.

Se mai prescriu :

— *opoterapie tiroidiană :* Tiroidă în drajeuri a 0,075 sau 0,125 extract de tiroidă, cîte 1—2/24 de ore, 4—5 zile pe săptămînă, în cure de 4—6 săptămîni, androgeni : Testosteron propionic o fiolă a 25 mg la 2—3 zile, 10—12 injecţii pe serie ; bismut salicilic cîte 2 fiole pe săptămînă, în serii de 12—15 injecţii (vezi Lupusul eritematos) ;

— *antipaludice de sinteză : Clorochin* 400—800 mg/24 de ore (1—2 comprimate), în cure de 25—30 de zile (vezi Lupusul eritematos) ;

— *agenţi chelatori,* pentru fixarea ionilor de calciu ; Edetamin, soluţie injectabilă, cîte 1—2 fiole/24 de ore în perfuzii lente (1 oră), în serii de 4—5 zile, repetate după 7 zile (vezi Alergodermiile medicamentoase) ;

— clorură de amoniu, *per os,* cîte 3 g/24 de ore, ca atare sau Diurocard, cîte 4—6 comprimate/24 de ore, asociate cu un regim acidifiant ;

— Folcisteină U, fiole conţinînd 25 cg cisteină clorhidrică cîte una la 2 zile, în serii de 30—45 de injecţii ;

— *citostatice,* cu acţiune imunosupresivă de tipul Imuranului (vezi pemfigus) sau Metothrexatului (vezi psoriazis) ;

— *corticoterapia* în doze medii sau mari în raport cu gravitatea cazului (Prednison 40—80 mg/24 de ore, Supercortisol 30—60 mg/24 de ore, Superprednol 8—12 mg/24 de ore) va fi rezervată formelor generalizate severe, cu debut brusc şi rapid evolutive, precum şi pentru jugularea puseurilor evolutive intense ;

— *fizioterapie* (magneto-diaflux, radioterapie funcţională radiculomedulară) în cazurile în care tratamentul medicamentos a eşuat ;

— infiltraţii cu procaină 0,50% în ganglionii simpatici. Pentru cazurile însoţite de fenomene de tipul sindromului Raynaud vezi capitolul respectiv.

TRATAMENTUL LOCAL

Este indicat în formele circumscrise ; se utilizează :

— masaje cu unguente conţinînd iod sau iodură 1% în vaselină ;

Scanned with OKEN Scanner

— ionizări cu ioduri de potasiu (Bourgnignon) și hialuronidază (Tilase, Hyason) ;
— radioterapie superficială și slab penetrantă ;
— ultrasunete (vezi (Contractura aponevrotică palmară).

DERMATOMIOZITA

Încadrată nosologic în grupul bolilor de colagen, cu care prezintă o serie de elemente comune, dermatomiozita asociază leziunilor musculare un sindrom cutaneo-mucos și unul biochimic. Se descriu trei forme clinice ;

1. FORMA ACUTĂ WAGNER-UNVERRICHT

Începe printr-un eritem facial difuz sau printr-un eritem edematos periorbitar. Simptomele de debut se conturează apoi în săptămînile și lunile următoare ; eritemul facial, ușor edematos, evocă pe acela din lupusul eritematos acut, întinzîndu-se la întreaga față, cu respectarea nasului și a regiunii peribucale. Alteori rămîne limitat ca în perioada de debut („în ochelari") la regiunile periorbitare, localizare panticulară afecțiunii. Alte localizări caracteristice sînt acelea de pe coate și genunchi, sediu al unor plăci eritemato-scuamoase, uneori ușor atrofice. Pe dosul mîinilor, eritemul se dispune sub formă de plăci, alungite de-a lungul metacarpienelor și falangelor, sau numai pe dosul articulațiilor degetelor. Pulpele degetelor sînt frecvent sediul unui eritem liliachiu.

Sindromul muscular, implicînd atingerea în special a musculaturii centurii scapulo-humerale și pelvi-crurale, este marcat prin dureri musculare, de intensitate variabilă, spontane sau provocate de mișcări și presiune. Miastenia este constantă, traducîndu-se prin oboseală la efort, iar în faze avansate, prin jenă a mișcărilor active pînă la inerție. După o fază incipientă de edem muscular pot surveni alte modificări obiective : amiotrofie, mioscleroză retractilă, cu limitarea mișcărilor active, și importantă jenă funcțională. Uneori, însă, tulburările musculare sînt foarte atenuate, chiar infraclinice, depistate numai prin electromiogramă.

Starea generală este constant alterată, traducîndu-se prin : tahicardie, febră ridicată sau moderată, slăbire rapidă și importantă (de 10—20 kg în cîteva săptămîni). Viscerele nu sînt de loc sau sînt ușor afectate, cele mai frecvente fiind atingerile pulmonare și renale.

Sindromul biochimic, de mare impontanță pentnu diagnostic, se traduce prin : creatinurie constantă în faza evolutivă (0,25—1 g sau mai mult în 24 de ore) și lactacidemie crescută în repaus ; hipergammaglobulinemia și hipersideremia sînt inconstante.

2. FORMA CRONICĂ PETGES-CLEJAT (POIKILO-DERMATOMIOZITĂ)

Debutul este insidios, manifestîndu-se prin oboseală, mialgii, redoare. În formele prelungite apar contracturile musculare, cu anchiloze articulare și osteoporoză ;

Sindromul cutanat care se instalează după manifestările subiective ale fazei de debut, se traduce printr-o erupție de placarde enitematoase

Scanned with OKEN Scanner

difuze pe trunchi şi membre, în sînul cărora apar telangiectazii, pigmentaţii, elemente papulo-lichenoide, scuamoase sau uşor cornoase, zone leucodermice şi atrofii.

Sindromul cutanant pestriţ de „poikilodermie“, mai sus descris, poate constitui singura manifestare în cea de-a treia **formă clinică, atribuită lui Jacobi (forma cutanantă pură).**

Alături de aceste trei tipuri, există numeroase forme de trecere, ca şi o serie de forme care se apropie de lupusul eritematos şi sclerodermie (prezenţa de plăci sclerodermiforme şi concreţiuni calcare).

Asocierea dermatomiozitei acute cu un cancer visceral, îndeosebi digestiv sau pulmonar, este frecvent semnalată (10—20%).

Prognosticul este grav în formele acute, moartea putînd surveni în peste 50% din cazuri. O parte din cazuri se pot transforma spontan sau sub tratament în forme cronice ; există, dimpotrivă, forme uşoare, subacute, care pot evolua spre una acută.

Etio-patogenia este însă neelucidată ; se admit de cei mai mulţi, o etiologie infecţioasă şi un mecanism imuno-alergic, în speţă unul autoimun.

TRATAMENTUL GENERAL

În formele febrile acute se vor administra :

— **antibiotice :** Penicilină în doze masive (vezi Piodermitele) ; Penicilină G, sodică sau potasică 600 000—2 400 000 u./24 de ore timp de 2—3 săptămîni, sau Tetraciclină 2—3 g/24 de ore — 2—3 săptămîni ;

— **corticoterapie** în doze mari (vezi Pemfigusul, Lupusul eritematos acut) : Prednison 60—80 mg/24 de ore ; Supercortisol 40—60 mg/24 de ore, începîndu-se cu Supercortisol pe cale parenterală (intramuscular), cîte 3 fiole a 25 mg/24 de ore, cîteva zile, şi continuîndu-se pe cale orală. În cazurile foarte grave se va începe tratamentul cu Hemisuccinat de hidrocortizon 200—400 mg/24 de ore, intravenos lent sau perfuzii timp de 24—48 de ore. Mulţi autori preferă ACTH-ul în perfuzii lente intravenoase 50 u./24 de ore, timp de mai multe zile.

Scăderea dozelor se va face foarte lent, în palier, cu cîte 1/2 tabletă la 2—3 zile, pînă la doza prag de întreţinere, cu care se va continua timp de cîteva săptămîni, tatonînd din cînd în cînd „stabilizarea“ sau „remisia“ bolii (virajul spre o formă subacută sau cronică). Dacă acest lucru a fost obţinut (sau chiar în cursul curei corticoterapice cu doze medii sau mici, de întreţinere), se va introduce ca medicaţie de elecţie a dermatomiozitei (Degos), în special a formelor cronice ;

— *uleiul iodat, Lipiodolul,* 40% se administrează în doze mari, progresiv crescînde, de la 5 la 20 ml, de două ori pe săptămînă, profund intramuscular, timp de 30—45 de zile. Cura se poate repeta după o pauză de o lună, Lipiodolul poate fi înlocuit la nevoie cu alte preparate iodate :

— *Iozinol (Iodazin),* soluţie buvabilă conţinînd piperazină 11,3% g, iod 4,8 g%, iodură de sodiu 2,9 g% ; se administrează cîte 20 de picături de 3 ori pe zi, în doze progresive, tatonînd toleranţa la iod. Este preferabilă însă administrarea preparatului pe cale injectabilă, cîte 2—3

Scanned with OKEN Scanner

fiole/24 de ore, conținînd piperazină 0,22 g, iod 0,10 g, iodură de sodiu 0,06 g, excipient q.s. ad 2 ml, cura este de 30—45 de zile ;

— *soluție Lugol* pe cale parenterală (intravenos).

Rp. Iod metaloid	1 g
Iodură de potasiu	2 g
Apă distilată	100 g

Se administrează în doze crescînde, de la 2 la 10 ml/24 de ore (diluat în părți egale cu soluție de tiosulfat de sodiu 20%, pentru a preveni sclerozarea venelor). Se poate administra și *per os*, cîte 20—30 de picături pe zi (cu bicarbonat de sodiu) ;

— **citostaticele** de tipul Imuranului și Methotrexatului pot fi încercate în formele cronice, stabilizate, subacute și chiar în cele acute, dacă tratamentul cu corticoizi eșuează (vezi Lupusul eritematos).

Se mai prescriu :

— *vitamină E* în doze mari, pe cale parenterală ; 100 mg/24 de ore sau o fiolă de 300 mg la 2 zile, în cure de 30—45 de zile ;

— **antipaludice de sinteză :** *Clorochin* în doze de 600—800 mg/24 de ore (1½—2 comprimate), în cure de 25—30 de zile, repetate după pauze de 15 zile.

Pentru activarea metabolismului muscular se utilizează :

— *Fosfobion* (Trifosfaden), fiole conținînd soluție apoasă injectabilă 1% de mononatrium adenosintriphosphoricum (10 mg/fiolă), cu acțiune vasodilatatoare, favorizînd circulația și oxigenarea țesuturilor, inclusiv a mușchilor afectați de boală. Se administrează cîte 1—3 fiole/24 de ore în injecții intramusculare sau intravenoase, în serii de 15—30 de injecții, cu pauze de 10—15 zile. La copiii peste 3 ani, cîte 1/2—2 fiole/24 de ore în funcție de vîrstă și gravitatea bolii ;

— *Glicocol* fiole conținînd 1 g acid aminoacetic, cîte una pe zi ; administrată intravenos sau intramuscular în serii de 10 zile separate de pauze de 5—10 zile.

— *Perfuzii de plasmă și substituenți macromoleculari (Longhin)*, Haemacel (Gelofusin), Macrodex și Rheomacrodex (vezi și Arsurile) ;

— masaje musculare și gimnastică.

În timpul și după curele corticoterapice se vor administra (vezi Pemfigusul, Lupusul eritematos), anabolizanți (Naposim, Madiol etc.), calciu gluconic, tonice generale.

TRATAMENTUL LOCAL

În general nu este necesar. Se vor utiliza pe leziunile circumscrise eritemato-edematoase sau eritemato-scuamoase, unguente cu corticoizi fluorinați (Locacorten și Synalar) și cu Triamcinolon în pansamente ocluzive.

POLIARTERITA (PERIARTERITA) NODOASĂ

Poliarterita nodoasă este o boală inflamatorie rară, de cauză necunoscută, încadrată nosologic în grupul colagenozelor, afectînd segmentar arterele de calibru mic și mediu ale diferitelor organe și ale pielii.

Simptome. Manifestările clinice, multiple și complexe, sînt dependente de organele afectate ; ele sînt în consecință :

Scanned with OKEN Scanner

a) de ordin general : dureri articulare, febră, redori musculare, astenie, leucocitoză, anemie, creştere a vitezei de sedimentare, hipergammaglobulinemie şi diverse manifestări viscerale (cardiace, renale, digestive, hepatice, respiratorii etc.).

b) cutanate (pielea este afectată în circa 25% din cazuri) ; urticarie, purpură, necroză, bule ; două sînt însă leziunile evocatoare pentru afecţiune : livedo racemosa inflamatorie şi nodulii dermohipodermici, consideraţi ca leziuni esenţiale ale bolii ; ei sînt dispuşi ubicuitar, dar cu predominanţă pe extremităţile membrelor (pumn, gleznă), de-a lungul vaselor sau traiectelor nervoase ; sînt duri, roşii-violacei, mobili pe planurile profunde şi dureroşi, putînd dispărea fără urmă în cîteva zile sau săptămîni, sau dimpotrivă, să se necrozeze.

Etio-patogenia este discutată. Se invocă etiologia infecţioasă şi mecanismul alergic autoimun.

Evoluţia este imprevizibilă. Ea se face în puseuri, adeseori cu sfîrşit letal în cîteva săptămîni ; alteori evoluţia este cronică, prelungită ; există forme cutanate benigne.

TRATAMENTUL GENERAL

În formele grave, febrile, cu atingeri viscerale, se vor administra : (vezi Dermatomiozita) :

— **antibiotice** de tipul Penicilinei G, sodice sau potasice, în doze mari 2 400 000—3 200 000 u./24 de ore sau Tetraciclină 2—3 g/24 de ore (vezi şi Piodermitele) în cure de 2—3 săptămîni şi mai lungi, în asociaţie cu :

— **corticoterapie** (Prednison, Supercortisol, Superprednol) în doze mari (vezi Pemfigusul, Lupusul eritematos, Dermatomiozită) ; în formele foarte grave se va începe cu Hemisuccinat de hidrocortizon sau Supercortisol pe cale injectabilă ;

— concomitent şi după cura de corticoizi se vor administra (vezi Pemfigusul eritematos) **anabolizanţi** (Naposim, Madiol, Clortestosteron acetat), calciu (gluconic, fiole sau granulat, calciu clorat etc.), **tonice generale şi eumetabolizante** (acid folic, Folcisteină U etc.) ;

— se pot încerca şi *citostatice* cu acţiune imunosupresivă, de tipul Imuranului, Metothrexatului şi mai puţin al Clafenului (vezi Lupusul eritematos acut) ;

— în formele pur cutanate se pot utiliza (vezi Eritemul pernio şi vascularitele) :

— **antipaludice de sinteză :** *Clorochin* 1½—2 comprimate/24 de ore, în cure de 25—30 de zile ;

— *Fenilbutanoză,* 2—3 drajeuri/24 de ore ;

— *Alindor,* 3—4 drajeuri/24 de ore.

TRATAMENTUL LOCAL

Este indicat în formele cu leziuni necrotizante. Acestea vor fi şterse cu o soluţie antiseptică : Rivanol 1%, acid boric 2%, Fenosept 1/5 sau Decaderm. Se va aplica, dacă este cazul, tripsină (Alfachimotrip-

Scanned with OKEN Scanner

sina). Se va badijona cu soluție de violet gențiană de 1% și se vor aplica unguente cu antibiotice (ung. tetraciclină 3%) sau cu antibiotice și corticoizi (Cornemin, Synalar N și Triamcinolon cu saprosan), iar mai tîrziu, cu topice cicatrizante (vezi Ulcerul cronic).

DISTROFIILE ȚESUTULUI ELASTIC

Sînt dermatoze relativ rare, cele mai multe cu caracter ereditar, caracterizate prin alterări degenerative ale fibrelor elastice.

1. DERMATOLIZA (cutis laxa)

Se caracterizează printr-o relaxare anormală a pielii, care devine flască, moale, excesul de tegument căzînd „în șorț" prin propria sa greutate. Distrofia este pancelară, excepțional generalizată. Este ereditară, apărînd de la naștere sau mai tîrziu, cînd poate succeda unei infecții sau unui traumatism.

2. CUTIS HIPERELASTICA

Pielea este excesiv de elastică, putînd fi întinsă de două-trei ori față de normal; lăsată liberă, își reia poziția și dimensiunile anterioare. Hiperelasticitatea cutanată asociată unei hiperelasticități ligamentare articulare („articulații de cauciuc") și unei exagerate fragilități cutanate, care permite ușor formarea de plăgi posttraumatice urmate de cicatrice atrofice, realizează sindromul Ehlers-Danlos. Acesta se observă la copii, avînd un caracter congenital și familial.

3. PSEUDOXANTOMUL ELASTIC (Darier)

Este o afecțiune distrofică sistematizată a țesutului elastic, ereditară și familială, caracterizată prin îngroșare cu proeminențe papuloase confluente, caracteristice, moliciune și flaciditate a pielii anumitor regiuni: fețele laterale ale gîtului, plicile articulare (axilare, inghinale, poplitee, coaste) și abdomen; pielea are o culoare gălbuie-fildeș, cu reflex liliachiu, asemănătoare xantomatozelor.

Pseudoxantomul elastic se poate asocia cu striuri angioide ale retinei, care pot interesa macula, scăzînd acuitatea vizuală (sindromul Gröenblad-Strandberg) și, mai rar, cu alterări ale țesutului elastic al aortei și al altor vase mari (observate necropsic).

4. ELASTOMUL DIFUZ AL PIELII (Dubreuilh)

Constă în infiltrarea difuză, molatecă, cu elasticitate crescută a tegumentelor părților descoperite, care iau o coloratie gălbuie, ușor translucidă, și se ridează prematur.

Un rol în această distrofie elastică îl au predispoziția constituțională a pielii și acțiunea repetată și prelungită a iradiațiilor solare.

Este de obicei puțin eficace. Se pot încerca :

— Acid folic, drajeuri a 5 mg, cîte 3—4/24 de ore, în cure de 30 de zile ;

— Folcisteină U, fiole a 25 cg, cisteină, cîte o fiolă la 2 zile, în serii de 30—45 de injecții, repetate după 1—2 luni ;

— vitamină E în doze mari, preferabil pe cale parenterală, cîte 3 fiole a 30 mg sau o fiolă a 300 mg la 2 zile, în cure de 20—30 de injecții, repetate după 1—2 luni.

Scanned with OKEN Scanner

XIII

DERMATOZE PRIN TULBURĂRI VASCULARE ŞI CIRCULATORII

A. PURPURELE

Purpura reprezintă un simptom cutanat care traduce o fragilitate crescută a capilarelor dermice şi uneori tulburări ale coagulării, manifestîndu-se prin pete roşii hemoragice (sînge extravazat), care nu dispar la presiune.

1. **Purpura ca simplu simptom** poate însoţi o serie de afecţiuni variate şi diferite ca natură : a) toxice infecţioase, apărînd în cursul diverselor septicemii sau boli infecto-contagioase ; b) **toxice chimice, alimentare sau medicamentoase ;** c) **avitaminoze** (scorbut, pelagră, avitaminoză P, carenţă de vitamina K) ; d) **boli ale sîngelui şi ale SRE ;** e) **diateze hemoragice constituţionale** (hemogenia şi hemofilia) ; f) **ocazional, unele dermatoze bine definite,** ca urticaria, lichen plan, tuberculidele, eritemul polimorf etc.

2. Purpura constituie uneori manifestarea predominantă sau singura manifestare clinică obiectivă a unor afecţiuni : a) **purpurele alergice chimice, medicamentoase şi alimentare,** în care leziunile purpurice se însoţesc adesea de prurit şi uneori de leziuni urticariene, avînd semnificaţia unor manifestări alergice ; b) **purpurele alergice microbiene,** prin sensibilizare la toxinele microbiene, de obicei ale streptococului din diferite focare septice, în special din amigdale. Purpurele alergice realizează frecvent un sindrom anatomo-clinic bine conturat sub numele de **purpura reumatoidă Schönlein-Henoch.** El asociază : peteşii, localizate pe membrele inferioare, uneori şi superioare, dureri reumatoide ale genunchilor şi gleznelor, tulburări gastrointestinale cu dureri epigastrice şi vomismente. Evoluează în puseuri ; prognosticul este bun : recidivele sînt posibile. Mecanismul este alergic, iar etiologia variată (alergene chimice, medicamentoase, alimentare şi, mai ales, infecţioase, streptococice, nickettsiozice etc.).

În formele intense, cu reacție alergică importantă, leziunile de capilarită trombozantă și obliterantă duc la necroze mici parcelare, „purpură necrotică". Ulcerațiile rezultate din elementele confluente se cicatrizează foarte lent.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi în primul rînd etiologic :

— în purpurele „simptom" din primul grup, tratamentul se confundă cu acela al bolii în cauză ;

— în purpurele din al doilea grup se va cerceta anamnestic sau prin teste alergologice agentul cauzal, care va fi de îndată îndepărtat și pe cît posibil și pe viitor ;

— **antibiotice :** Penicilină G, 2 400 000 u./24 de ore sau Tetraciclină 2—3 g/24 de ore, în cure de 7—10 zile.

Ca medicații cu acțiune patogenică se vor administra :

— **antihistaminice de sinteză :** Feniramin, Romergan, Nilfan, Clorfenoxamină, cîte 2—3 drajeuri, respectiv comprimate/24 de ore (eventual în asociație, cîte două sau trei antihistaminice, în doze scăzute fiecare) ; în formele mai intense, primele două preparate se vor putea administra pe cale parenterală, cîte o fiolă/24 de ore sau de două ori cîte 1/2 fiolă, intramuscular sau intravenos.

— **corticoterapia** va fi administrată în doze medii, în formele extensive, cu manifestări intense reumatoide și digestive, sau cu leziuni necrotizante : Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore, Superprednol 4—6 mg/24 de ore. În formele mai severe se va putea administra, ca tratament de atac, Supercortisol pe cale intramusculară, 25—50 mg/24 de ore.

În formele intense, hemoragice, sînt indicate hemostatice și capilarotonice :

— Adrenostazin, fiole a 1½ mg și 5 cg în perfuzii intravenoase lente în soluție salină fiziologică, sau glucozată.

— Venostat fiole a 1 u. Klobusitzki, cîte 1—2/24 de ore ; la copii : 0,3—0,5 ml/24 de ore, administrate subcutanat, intramuscular sau intravenos.

— *vitamina K,* fiole conținînd soluție apoasă injectabilă 1% de 2-metil-1-1,4-naftochinonă și natriu pyrosulfunosum 0,53%. Se administrează, în raport cu intensitatea leziunilor purpurice, cîte 1—3 fiole/24 de ore, intramuscular sau subcutanat, la copii, cîte o fiolă/24 de ore. Durata va fi de 1—2 săptămîni ;

— săruri de calciu : calciu gluconic fiole, calciu clorat fiole și picături ;

— *vitamină P,* eventual în asociație cu vit. C, respectiv preparatele : Rutosid (Rutin), comprimate a 20 mg și fiole conținînd soluție apoasă injectabilă 4% (0,08 g/fiolă) ; se administrează în doze de 3—6 comprimate (60 mg—120 mg/24 de ore sau 1—2 fiole/24 de ore, intramuscular). La copii : 1—3 comprimate sau 1/2—1 fiolă/24 de ore, în funcție de vîrstă și intensitatea leziunilor ;

Scanned with OKEN Scanner

— *Tarosin* (Ascorutin), comprimate care conţin în asociaţie acid ascorbic 0,05 g şi Rutin 0,02 g ; se administrează ca şi Rutosidul. Curele sînt de 1—2 săptămîni (se continuă administrarea încă o perioadă de timp după vindecarea clinică) ;

— Vitamină E, drajeuri a 30 mg sau fiole a 30 mg, cîte 3 drajeuri sau o fiolă/24 de ore, intramuscular.

Repausul la pat este obligatoriu, cel puţin pînă la vindecarea clinică (sînt posibile reşute ortostatice).

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor aplica :

— mixturi antipruriginoase şi decongestive :

Rp. : Talc
Oxid de zinc — aa 20 g
Glicerină
Apă distilată — aa 30 g
Anestezină — 2 g
Xilină — 4—5 fiole 2%
Adrenalină — 1 fiolă (1 ml sol. 1‰)
Hidrocortizon — 250—300 mg

Mai tîrziu se pot aplica unguente cu corticosteroizi : Cornemin, Locacorten, Synalar, Triamcinolon.

Ulceraţiile necrotice se vor trata prin atingeri cu soluţii de violet de genţiană 1%, pudră de sulfatiazol şi unguent cu antibiotice : unguent cu tetraciclină 3% sau cu neomicină 1% (vezi şi Ulcerul cronic).

HEMOSIDEROZELE

Denumite şi dermite purpurice telangiectatice şi pigmentare în „plăci", ele constituie un grup de dermatoze purpurice cronice, de cauze complexe, adesea obscure, localizate la membrele inferioare şi caracterizate prin alterări capilare de tipul capilaritei ectaziante, cu endotelită proliferativă şi tromboză (capilarită trombozantă), extravazate sanguine discrete şi depozite de hemosiderină în ţesutul interstiţial al dermului şi în histiocite. Clinic, aceste dermatoze se traduc prin mici pete, iniţial roşii-purpurice, care devin galbene-cărămizii (ocre), brune-deschis sau brune-închis. După dispoziţia şi evoluţia leziunilor se descriu mai multe varietăţi :

Purpura senilă. Apare la vîrstnici, cu sediul pe dosul mîinilor şi antebraţelor.

Dermita cărămizie (Ocre) a gambelor (Favre şi Chaix). Este constituită din mari placarde galben-cărămiziu pînă la brun-închis, situate unilateral, uneori bilateral, în treimea inferioară a gambelor, cu debut şi intensificare pe faţa internă a regiunii supramaleolare, prost delimitate, ajungînd cu timpul să formeze în jurul gleznei, un manşon de jur

împrejur. Etiopatogenia este complexă (vezi Ulcerul cronic al gambei). Coexistă adesea, dar nu obligatoriu, cu varice. Evoluţia este lungă, ducînd la o scleroatrofie a pielii (pahidermie scleroasă) şi complicaţii ca: ulcer cronic al gambei şi dermita eczematiformă.

Dermita lichenoidă purpurică (Gougerot şi Blum). Particularităţile acesteia constau în prezenţa pe gambe, uneori pe coapse şi fese, a numeroase mici papule de 0,5—1 mm, sau mai largi, abia proeminente, lucioase, izolate, sau confluente în placarde purpurice, apoi pigmentare.

Dermita pigmentară progresivă (boala Schamberg). Este dispusă simetric pe gambe, putîndu-se extinde pe coapse şi fese; leziunile constau în mici pete purpurice, roşu-cărămiziu, care confluează, formînd plaje cu contur neregulat, de culoare cărămizie sau brună deschis. Evoluţia este lentă, progresivă, durînd indefinit.

Purpura inelară telangiectazică (Majocchi). Varietate rară, ca şi boala Schamberg, se caracterizează prin pete purpurice în număr variabil, care se extind centrifug, realizînd o dispoziţie inelară şi menajînd în centru o pigmentaţie galbenă-cafenie şi un epiderm uşor atrofic.

Purpura eczematoidă (Ducas-Kapetanakis). Se caracterizează prin pete eritematoase discrete, prost delimitate, însoţite de o descuamaţie fină, uneori abia vizibilă, cu plisarea epidermului, de obicei pruriginoase. Leziunile sînt multiple, adesea confluente, şi au un caracter eruptiv, dispunîndu-se simetric pe membrele inferioare, fese, abdomen, şi, mai rar, pe membrele superioare. Evoluţia este cronică, de luni şi chiar ani, în puseuri, adesea după ortostatism prelungit. Recidivele sînt frecvente.

Etio-patogenie. Afecţiunea este relativ frecventă, atingînd deopotrivă ambele sexe, la vîrsta adultă. Se incriminează un mecanism alergic vascular, factorii cauzali putînd fi variaţi (microbieni, virali sau rickettsieni), chimici, medicamentoşi sau alimentari). Un rol se pare că îl joacă şi atingerile hepatice. Investigaţiile hematologice, ca şi în celelalte tipuri de purpură, rămîn de obicei negative. Se constată însă foarte frecvent o fragilitate capilară (semnul Rumpell-Leede pozitiv) şi frecvent o hipoproteinemie cu hipergammaglobulinemie.

TRATAMENTUL GENERAL

Se va încerca un tratament cu antibiotice în formele în care se suspectează ca factor etiologic posibil o infecţie focală; îndeosebi în purpura eczematoidă se vor administra:

— *Penicilina G,* sodică sau potasică, 2 400 000 u./24 de ore, Eritromicină 2—3 g/24 de ore, Tetraciclină 2 g/24 de ore (vezi Piodermitele);

— se vor corecta tulburările digestive cronice şi hepatice, respectiv disbioza intestinală (vezi Eczemele), administrînd eupeptice (Triferment sau Acidopeps), colagoge (sulfat de sodiu, Anghirol, Boldocolin, Carbicol, Fiobilin etc.), extracte hepatice (Rovitrat, Neohepar, Hecogen), Mecopar forte, Mexaform, Saprosan, Cifoform, Tetraciclină 1 g/24 de ore, prescriindu-se un regim alimentar fără conserve, condimente, grăsimi în exces şi băuturi alcoolice.

Scanned with OKEN Scanner

Ca medicații patogenice se prescriu :

— **corticoterapie** în doze medii (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore, aceștia fiind indicați în formele cu leziuni intense, extensive, pruriginoase, congestive ;

— **antihistaminice de sinteză :** Feniramin, Romergan, Nilfan, Clorfenoxamină (2—3 drajeuri sau comprimate/24 de ore) ;

— **antihemoragice** și modificatoare ale permeabilității capilare (vezi Purpurele) : Rutosid, Tarosin, vit. E și vit. K ;

— repausul la pat este obligatoriu în faza eruptivă de debut (frecvent puseuri ortostatice), cu gambele ținute mai ridicat decît corpul.

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor aplica mixturi calmante, antipruriginoase și decongestive (vezi Purpurele) ;

— unguente cu corticosteroizi, în special fluorinați (Locacorten, Synalar și Triamcinolon).

VASCULARITELE

Sub această denumire sînt grupate un număr de sindroame de aspecte clinice variate, avînd în comun reacții alergice vasculare. Leziunile cutanate se manifestă diferit, în raport cu sediul și calibrul vasului atins, mergînd de la purpură și leziuni papulo-nodulare dermice (cu atingerea vaselor mici, capilare și arteriole), la nodozități dermo-hipodermice (hipodermite nodulare), cu atingerea vaselor mari subcutanate (de cele mai multe ori vene), în majoritatea cazurilor localizate la membrele inferioare. Leziunile inflamatorii ale vaselor pot interesa numai endoteliul sau toate straturile vasului (panvascularită), micșorînd calibrul pînă la obstruare, care se poate solda cu necroză (vascularită necrotizantă) și ulcerare.

Etio-patogenie. Antigenele care pot provoca vasculanite sînt foarte variate : microbiene (streptococ, stafilococ, bacilul Koch), rickettsiene și pararickettsiene, medicamentoase (sulfatiazol, penicilină ș.a.). Mecanismul alergic este admis de majoritatea autorilor, caracterul recidivant al multor forme ridicînd problema mecanismului autoimun.

Evoluția este variată : acută, ca în purpura (capilarita) necrotică și eritemul nodos, subacută sau cronică recidivantă (vascularita nodulară Montgomery-O'Leary-Barker, de origine streptococică și eritemul indurat Bazin, de origine tuberculoasă). Mai poate juca un rol patogen, în special în vascularitele obliterante și ulcerate (gangrene), tutunul, responsabil de spasme arteriolare.

Dintre vascularitele alergice, cîteva sînt mai bine conturate anatomoclinic și mai bine cunoscute : purpura reumatoidă Schönlein-Henoch, eritemul nodos, eritemul indurat Bazin (vezi capitolele respective). Alte vascularite mai rar întîlnite sînt : *erythema elevatum et diutinum,* periarterita nodoasă, tromboflebita migratoare, arteriolita Ruiter ș.a.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

Se va institui un tratament etiologic în măsura în care cauza poate fi depistată clinico-anamnestic sau prin teste alergologice.

— asanarea eventualelor focare de infecţie microbiană (în special rino-faringiene şi dentare, pentru piococi banali, şi ganglionare pentru infecţia bacilară) şi administrarea de antibiotice după caz (vezi şi Piodermitele, Purpura reumatoidă şi Periarterita nodoasă, Eritemul nodos, Eritemul indurat Bazin) : Penicilină G, sodică sau potasică, 2 400 000—3 200 000 u./24 de ore, eritromicina 2—3 g/24 de ore, Tetraciclina 2 g/24 de ore, streptomicina sulfurică sau Strepancil 1 g/24 de ore, HIN 8—12 comprimate/24 de ore ;

—**imunoterapie** cu anatoxină streptococică, în doze progresiv crescînde, de la 0,1 la 0,4 ml la 2 zile, subcutanat sau stockvaccin sau antivaccin antistreptococic şi antistafilococic, administrat ca mai sus. În cele suspectate de origine T.B.C. se vor administra antigene bacilare : tuberculină diluată în 1/100 000 şi endotoxină BCG în doze crescînde, de la 0,1 la 0,4 ml, la 2 zile, subcutanat.

Ca medicaţii patogenice antiinflamatorii şi analgetice se vor utiliza :

— corticoterapie în doze medii (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore, Superprednol 4—6 mg/24 de ore, în cure de 10—20 de zile ;

— antipaludice de sinteză, Clorochin, cîte 600—800 mg/24 de ore (1½—2 comprimate), în cure de 20—25 de zile ;

— Fenilbutazonă, drajeuri a 0,20 g şi supozitoare a 0,25 g, cîte 2—3/24 de ore, în cure de 2—3 săptămîni ;

— Alindor, cîte 4—6 drajeuri/24 de ore în cure de 2—3 săptămîni.

Toate aceste medicamente, cu efecte antiinflamatorii se pot administra asociate, în doze scăzute fiecare, după mese.

În unele forme de vascularită cu evoluţie cronică se mai poate prescrie :

— Heparină, cîte o fiolă a 5 000 u.i./24 de ore, preferabil intravenos lent, în cure de 15—20 de injecţii, repetate după o pauză de 10—15 zile ;

— Vitamină C, 1—1½ g/24 de ore, pe cale parenterală sau (şi) *per os* ;

— acid acetilsalicilic 2—3 g/24 de ore (după mese) ;

— diuretice (vezi Eritrodermiile), în caz de edeme mecanice secundare. Repausul la pat este obligatoriu pe toată durata perioadei de evoluţie, reşutele ortostatice fiind frecvente.

TRATAMENTUL LOCAL

Este indicat în special în formele cu leziuni necrotice, ulcerate (vezi Perianterita nodoasă şi Ulcer cronic al gambei).

DERMITA LIVEDOIDĂ ŞI GANGRENOASĂ NICOLAU

Este expresia anatomo-clinică a unui accident vascular, în speţă o tromboză arterială brutală, provocată de injectarea preparatelor bismutice insolubile, mai rar a celor liposolubile sau a altor preparate uleioase.

Scanned with OKEN Scanner

Simptome. Accidentul se traduce de la început prin dureri atroce la locul injecției, imediat după efectuarea acesteia, urmate de pete cianotice-livide de aspect marmorat în regiunea limitrofă injecției. În zilele următoare se conturează central o zonă de necroză relativ superficială, care se cicatrizează foarte lent.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi în primul rînd preventiv : se recomandă în acest sens o mare precauție în practicarea injecțiilor intramusculare cu preparate bismutice, în special cu cele insolubile (Bismosal). Injectarea în general a conținutului uleios al fiolelor va fi precedată de manevra de aspirație.

Tratamentul curativ constă în :

— *infiltrații paralombare cu procaină clorhidrică 0,50/o (50—100 ml), efectuate cît mai precoce, la nevoie repetate în zilele următoare (Longhin) ;*

— *corticoterapia* în doze medii (Prednison 40 mg/24 de ore, Supercortizol 30 mg/24 de ore este eficace numai în primele 24—48 de ore ; eventual se va putea recurge la administrarea parenterală a Supercortizolului, intramuscular, 50—75 mg/24 de ore timp de 24—48 de ore, sau chiar a Hemisuccinatului de hidrocortizon, 100—200 mg/24 de ore, intravenos lent (sau în perfuzii).

Se mai prescriu spasmolitice și vasodilatatoare, precum și analgetice :

— Papaverină clorhidrică, o fiolă a 0,04 g, una-două/24 de ore, intravenos, lent (în 5—10 minute), diluate în soluție de glucoză izotonică (glucoză fiole 20%), timp de 2—3 zile ;

— Tolazolin (Perifen), fiole a 10 mg, cîte 3—4 fiole/24 de ore, intravenos, timp de 4—6 zile ;

— *Padutin-depot* (sau Kalicreină), fiole conținînd 40 u. biologice de kalicreină, cu efecte vasodilatatoare prelungite și spasmolitice ; se administrează cîte o fiolă la 2 zile, intramuscular, în total 3—4 fiole ;

— *Novocainâ* (Procaină clorhidrică) administrată intravenos lent — cîte 5—10 ml din soluția 0,25% — o dată sau de două ori pe zi ;

— *Romergan* fiole a 25 mg, cîte 1—2/24 de ore, intramuscular sau, preferabil, cîte 1/2 fiolă de două ori pe zi intravenos, lent ;

— *Levomepromazin* în doze mari, cîte 2—3 comprimate a 25 mg/24 de ore eventual fracționate în jumătăți, timp de mai multe zile.

În caz de dureri foarte mari se va recurge la analgetice majore : Hidromorfon, Mialgin sau Sintalgon, fiole (vezi Arsurile). Repausul la pat este obligatoriu timp de minimum 7—10 zile.

TRATAMENTUL LOCAL

Concomitent cu infiltrațiile paralombare se vor efectua și infiltrații perilezionale cu Procaină clorhidrică, soluție 0,50—1%, 2—3 zile la rînd.

Dacă gangrena și ulcerația consecutivă s-au produs se va proceda la :

— debridare chirurgicală a resturilor sfacelare necrotice ;

— irigații cu soluții slab antiseptice : apă oxigenată (12 volume), acid boric 2%, Cloramină 1—2%, permanganat de potasiu 1/10 000, Fenosept 1—2 linguri la 1 litru, Rivanol 1—2‰ etc.

Scanned with OKEN Scanner

La nevoie se va recurge la aplicaţii de Tripsină (α-Chimotripsina) (vezi Arsurile) ;

— badijonare cu soluţie violet de genţiană 1% ;

— pudre de Sulfatiazol, preferabil de Cloramfenicol 2—5% sau Neomicină 1% în lactoză, alternînd cu :

— unguente cu antibiotice (Tetraciclină 3%, Neomicină 1%, Cloramfenicol 2—3%) ;

— unguente cu corticoizi şi antibiotice (Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan).

Mai tîrziu se vor utiliza medicamente stimulente ale cicatrizării (vezi Ulcerul cronic al gambei).

ULCERUL GAMBEI (ulcerul varicos)

Este o ulceraţie cu evoluţie cronică, apărînd de obicei ca o complicaţie a unei dermite de stază (vezi Hemosiderozele-angiodermita purpurică pigmentară Favre-Chaix).

Simptome. Sediul de elecţie al ulcerului este treimea inferioară a feţei antero-interne a gambei, mai frecvent a celei stîngi. Leziunea este de obicei unică, uneori multiplă. Ea are cel mai adesea ca punct de plecare o excoriaţie sau o mică plagă traumatică, maltratată sau infectată secundar, care se extinde lent, atît în suprafaţă, cît şi în profunzime, putînd ajunge cu timpul la dimensiuni apreciabile. Aspectul obişnuit este de ulceraţie rotund-ovalară, de cîţiva centimetri în diametru, cu contur regulat, uneori neregulat, policiclic, cu marginile tăiate drept sau în pantă. Fundul este plan, cel mai adesea fără ţesut de granulaţie, secretînd. În ulcerele vechi, marginile devin dure, scleroase, uşor proeminente.

Evoluţia este cronică, lent progresivă, durînd luni şi ani de zile. Sînt posibile distrugeri mari, pînă la aponevroză, mai ales în ulcerele gangrenoase cu circumscriere de jur împrejur a gambei. Uneori atingerea periostală provoacă dureri mari. O serie de complicaţii pot surveni în cursul evoluţiei : eczematizarea tegumentelor limitrofe (dermită eczematiformă microbiană, adesea cu erupţii secunde la distanţă), sclero-atrofia acestora cu îngroşarea importantă a dermului (flebite, periflebite, erizipele şi, foarte rar, transformarea malignă).

Etio-patogenia este complexă : insuficienţă venoasă cronică (varicele nu sînt obligatorii), cu stază în vasele mici şi microtromboze în porţiunea distală a membrului inferior, la care se asociază spasme reflexe, arteriolare, anoxie şi tulburări trofice consecutive. Alţi factori care pot contribui la instalarea unor ulcere cronice ale gambei sînt : hipertensiunea arterială, diabetul şi anteritele (anteriolitele) obliterante (ulcere arteriale sau ischemice).

TRATAMENTUL GENERAL

Este condus de patru principii terapeutice : 1) repaus la pat cît mai prelungit, cu gamba mai ridicată decît corpul ; 2) combaterea infecţiei secundare ; 3) corectarea tulburărilor circulatorii periferice şi 4) stimularea cicatrizării.

Scanned with OKEN Scanner

Infecţia va fi combătută prin :

— antibiotice (cel puţin în ulcerele mai mari şi cele complicate) : Penicilină G, sodică sau potasică, 2 400 000 u./24 de ore, Eritromicină 2—3 g/24 de ore, Cloramfenicol 1 g/24 de ore, Tetraciclină 2 g/24 de ore. În funcţie de germenii găsiţi prin însămînţări şi de antibiogramă se vor administra şi alte antibiotice sau chimioterapice (vezi Piodermitele şi Arsurile). Curele vor fi în funcţie de starea ulcerului şi de complicaţii, precum şi de rezultatele după 4—10 zile (sau mai mult) ;

— imunoterapie cu anatoxină streptococică în cele complicate cu eruptii secundare (vezi Eczema microbiană), administrată în doze crescînde, de la 0,1 la 0,5 ml, la 2 zile, subcutanat. Se mai pot utiliza : Polidinul şi Vaccinul polimicrobian (vezi Piodermitele), care au şi proprietăţi imunostimulante nespecifice.

Se vor cerceta şi trata : hipertensiunea arterială şi diabetul inclusiv hiperglicemiile uşoare (vezi Dislipoidozele).

Tulburările circulatorii vor fi corectate într-o primă fază prin administrarea medicaţiilor vasodilatatoare şi vasoactive (vezi Boala Raynaud, Dermita livedoidă), Tolazolin, 3 comprimate a 25 mg/24 de ore, sau fiole a 10 mg, 1—2/24 de ore (se va începe cu 1/4 din doză pentru tatonarea toleranţei). Curele vor fi de 2 săptămîni, repetîndu-le după pauze de 7—10 zile ;

— Padutin-depot (sau Kalikreină), fiole a 40 u.i. de kalicreină, cîte una la 2—3 zile, intramuscular (nu se face intravenos), în serii de 10—15 injecţii ;

— vitamină PP, comprimate a 100 mg, cîte 3—6/24 de ore, după mese, sau fiole a 50 sau 100 mg, cîte una pe zi, în cure de 30 de zile ;

— Butedrin, 1—2 fiole a 50 mg/24 de ore, timp de 10—15 zile după care se va continua cu comprimate a 25 mg cîte 3—4/24 de ore ;

— Hydergine, fiole a 0,30 mg de amestec în părţi egale de metansulfonat de dihidroergocornină, dehidroergocristină şi dihidroergocriptină, cîte 1/2—1 fiolă/24 de ore subcutanat sau intramuscular, şi soluţie 0,1% pentru uz intern, cîte 10—30 de picături × 3 în 24 de ore ;

— Complamine, fiole a 2 şi 10 ml, conţinînd 150 mg Xantinol nicotinat/ml. Se administrează cîte 300—1 500 mg/24 de ore după caz, dozele crescute fiind rezervate cazurilor cu importantă participare arterială ;

— infiltraţii periarteriale sau injecţii intraarteriale zilnic cu clorhidrat de procaină 0,5% timp de 10—15 zile.

— Se mai prescriu :

— Heparină, o fiolă a 5 000 u./24 de ore, intravenos (la nevoie intramuscular), în cure de 15—20 de injecţii, repetate după o pauză de 10 zile ; aceasta intervine printr-o acţiune detrombozantă, atît la nivelul venelor mici superficiale, sediu al unui proces de microtromboză, cît şi la nivelul celor de calibru mare.

În formele complicate cu trombo- şi periflebite se pot administra şi antiinflamatorii de tipul Fenilbutazonei, drajeuri a 200 mg — cîte 2—3/24 de ore sau Alindor, cîte 3—4 drajeuri/24 de ore ;

— conticoterapia este indicată, în doze medii şi cure scurte, numai în formele cu leziuni flebitice intens inflamatorii şi în cele complicate cu

Scanned with OKEN Scanner

erupţii secundare extensive (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore.

Într-o a doua fază se vor administra flebotomice şi medicaţii care scad permeabilitatea capilarelor ; Vitamina E, drajeuri a 30 mg, cîte 3—4/24 de ore sau 1—2 fiole a 30 mg, la 2 zile, intramuscular, în cure de 30—45 de zile) ;

— Rutosid (Rutin), cîte 4—5 comprimate a 20 mg/24 de ore sau 1—2 fiole a 80 mg/24 de ore, intramuscular, în cure de 30—45 de zile ;

— Fosfobion, cîte o fiolă a 10 mg/24 de ore, asociată eventual cu vitamină B_1 forte, cîte o fiolă a 25 mg/24 de ore, în serii de 15 injecţii.

Pentru stimularea cicatrizării se vor utiliza :

— implante de placentă conservată, în vecinătatea ulcerului, repetate la intervale de 2 săptămîni ;

— Acid folic, drajeuri a 5 mg, cîte 2—4/24 de ore ;

— anabolizanţi : Naposim 1—2 comprimate a 5 mg/24 de ore Madiol 1—2 comprimate a 25 mg/24 de ore, Clortestosteron acetat 1—2 ml/24 de ore, timp de 2—3 săptămîni. Curele se pot repeta după o pauză de 1—2 luni.

TRATAMENTUL LOCAL

Se va adresa, ca şi cel general, factorului infecţios, activării circulaţiei perilezionale şi stimulării cicatrizării.

Infecţia secundară va fi combătută prin :

— ştergere cu soluţii slab antiseptice : acid boric şi borax 2%, Rivanol 1%, Fenosept 1/5, Decaderm, Cloramina B 1% etc. ;

— badijonare cu soluţie apoasă de violet de genţiană 1% şi

— aplicaţii de pudre antiseptice : Sulfatiazol, Plurisulfan, Cloramfenicol, incorporate în proporţie de 5—10% în lactoză, alternînd cu unguente conţinînd antibiotice şi chimioterapice antiseptice : Tetraciclină 3%, Cloramfenicol 2—3%, Neomicină 1%, Decaderm ;

— periodic se pot intercala, în cure de 3—5 zile unguente cu corticoizi şi antibiotice (Cornemin, Synalar N pomadă, Triamcinolon cu saprosan).

Dermitele eczematiforme periulceroase şi erupţiile secundare vor fi tratate prin paste cu apă sau mixturi (ziua), alternînd cu paste grase (noaptea), conţinînd antibiotice şi corticosteroizi (vezi Eczemele microbiene) şi ulterior unguente cu conticosteroizi (vezi mai sus). Acestea, ca şi pasta cu apă şi cea grasă, vor fi aplicate numai în jurul ulcerului, de două-trei ori pe zi.

Activarea circulaţiei perilezionale va putea fi efectuată prin :

— infiltraţii cu procaină clorhidrică 0,50—1%, eventual în asociaţie cu vitamina PP (cîte o fiolă de procaină 2%, o fiolă de vitamină PP soluţie 3%, în aceeaşi seringă). Infiltraţiile peri- şi sublezionale se fac la intervale de 2—3 zile ;

— unguente conţinînd heparină 0,5—1% eventual corticoizi.

Rp. Heparină 1 fiolă a 5 000 u.i.
Hidrocortizon 150 mg
Lanolină
Vitamină A soluţie uleioasă āā 5 g

Scanned with OKEN Scanner

sau

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Heparină 1 fiolă a 5 000 u. i.

Aplicaţiile se fac prin masaj uşor, de două—trei ori pe zi (în funcţie de toleranţă), timp de 15—20 de zile ;

— unguente de tipul Lasonilului, conţinînd 5 000 u.i. heparină şi 15 000 u.i. hialuronidază la 100 g excipient ; unguentul se va aplica ca mai sus, inclusiv pe traseurile perifilebitice în formele complicate.

Stimularea cicatrizării, care va începe după curăţirea şi înviorarea ulceraţiei constă în :

— aplicare de unguente conţinînd : vitamină A, vitamină E, vitamină PP, Insulină, anabolizanţi, nitrat de argint, balsam de Peru etc.

Rp. Neomicină 0,25 g
(Tetraciclină 1 g)
Vitamină A soluţie uleioasă 1 fiolă (sau 1 flacon soluţie uleioasă a 5 ml)
Vitamină E 2—3 fiole a 30 mg
Lanolină 5 g
Vaselină 20 g

Rp. Neomicină 0,25 g
Vitamină A 1 flacon sol. uleioasă a 5 ml
Insulină 100 u.i. (2,5 ml),
Lanolină 5 g
Vaselină 20 g.

Rp. Neomicină 0,25 g
Madiol 5 fiole a 25 mg
(sau 5 comprimate a 25 mg)
Vitamină A sol. uleioasă 1 flacon a 5 ml
Lanolină 5 g
Vaselină 15 g.

Rp. Nitrat de argint 0,30 g
Balsam Peru 3 g
Vaselină 27 g
(pomadă Mickulicz).

Se va aplica strict prin ulceraţie, menajînd tegumentele vecine, deoarece poate provoca dermite iritative de contact ; izolarea acestora se poate face prin pastă cu apă ;

— aplicare de pulberi de hematii uscate sau încorporate în unguente, ca mai sus, iar periodic pulbere de tripsină (alfachimotripsină), de două—trei ori pe zi, combinate în proporţie slabă cu bicarbonat de sodiu, timp de cîteva zile ;

— iradieri cu ultraviolete şi (sau) infraroşii ;

— radioterapie funcţională pe triunghiul Scarpa sau spaţiul popliteu.

În cazurile rebele se pot practica grefe cutanate în pastilă.

Preventiv, după cicatrizare se va proceda la

a) flebosclerozа varicelor cu moruat de sodiu (Varicocid), fiole conţinînd soluţie apoasă injectabilă 5% moruat de sodiu ; se administrează strict intravenos, foarte lent, dacă este posibil între două garouri, cîte 0,5—3 ml o dată, în funcţie de calibrul şi lungimea venei dilatate. Injecţiile se fac de două ori pe săptămînă (se va proceda în prealabil la tes-

Scanned with OKEN Scanner

tarea sensibilității față de preparat, prin administrarea intravenoasă a 0,1 ml din diluția 1/10) ;

b) ciorapi sau bandaje elastice în cursul ortostatismului prelungit ;

c) administrarea periodică de Rutosid, vitamină K, vitamină E și de trombolitice (Heparină), în cure repetate de două-trei ori pe an.

ACROCIANOZA ESENȚIALĂ (acroasfixia Crocq-Cassierer)

Este o congestie pasivă și permanentă a extremităților, survenind mai frecvent la sexul feminin, de obicei la fete tinere ; apare încă din copilărie, accentuîndu-se în perioada pubertară, pentru a se atenua către adolescență.

Simptome. Afecțiunea se manifestă printr-o nuanță violacee, uneori însoțind o infiltrație edematoasă a picioarelor și, mai rar, a antebrațelor, gambelor, nasului și urechilor. Extremitățile sînt reci și umede, ceea ce poate constitui uneori o adevărată infirmitate. Acrocianoza poate coexista cu un livedo inelar și se poate complica cu eritem pernio și tuberculide. Frigul agravează congestia și manifestările subiective (senzație de greutate, înțepături, hiperestezie).

Etio-patogenie. Se constată adesea tulburări endocrine și circulatorii. Au mai fost invocate : predispoziția ereditară, infecții cronice (sifilis, tuberculoză). Cianoza este efectul final al unei hipoxii sanguine, datorită stazei capilare și venoase, aceasta rezultînd dintr-o atonie capilară venulară întreținută de dezechilibrul endocrin-vegetativ.

TRATAMENTUL GENERAL

Se administrează **preparate hormonale,** în funcție de tulburările endocrine constatate sau suspectate :

— Tiroidă, drajeuri a 0,075 și 0,125 g, cîte 1—2/24 de ore, în cure de 4—5 zile pe săptămînă, timp de o lună ;

— estrogeni (Estradiol, Ginosedol B, Sintofolin, Dietilstilbestrol), în doze care vor fi stabilite în funcție de gradul de tulburare și de rezultate ; se administrează în prima jumătate a ciclului menstrual (vezi Aceeea polimorfă și alopecia prematură) ;

— Progesteron, fiole a 10 mg sau 25% ;

— Acetoxiprogesteronă, comprimate în a patra jumătate a ciclului ;

— Gonacor (sinonim Prolan) fiole conținînd 500 u. hormon gonadotrop corionic, cîte 500—1 000 u., de două-trei ori pe săptămînă, intramuscular, ca și în cazul estrogenilor, tratamentul va fi, individualizat cu avizul specialistului endocrinolog.

Se vor prescrie medicații favorizînd circulația periferică de întoarcere ;

— Rutin (Rutosid), comprimate a 20 mg, cîte 4—5/24 de ore, sau 1—2 fiole a 80 mg/24 de ore, în cure de 30—45 de zile ;

— Vitamină E, fiole a 30 mg, cîte 1—2/24 de ore, în cure de 20—30 de zile.

Scanned with OKEN Scanner

Se mai prescriu :

— Vitamină D_2, fiole buvabile sau injectabile a 600 000 u., cîte una la 4—5 zile în serii de 6—8 fiole ;

— Vitamină B_1, fiole a 10 sau 25 mg, cîte una în 24 de ore, în asociere cu Vitamină PP cîte 3—6 comprimate a 100 mg sau o fiolă a 30 mg/24 de ore ;

— radioterapie funcţională radiculo-medulară.

TRATAMENTUL LOCAL

Se recomandă :

— mănuşi şi ciorapi de lînă în timpul iernii ;

— hidroterapie zilnică, alternînd băile calde cu cele reci (cîte 20—30 de secunde, de mai multe ori).

ACRODINIA

Apanaj al copilăriei, este o afecţiune rară, care se manifestă către vîrsta de 5—6 ani, printr-un complex de semne clinice cutanate, nervoase şi vasculare.

Simptome. Mîinile şi picioarele sînt congestive, de culoare roz sau roşu-vişiniu, spre violet, cu epidermul neted, întins şi lucios ; ele sînt uşor tumefiate, turgescente, reci, umede şi dureroase ; alteori, bolnavul acuză diverse parestezii, ca furnicături, arsuri, prurit. Tulburările mioneuropsihice sînt inconstante şi constau în hipotonii sau atrofii musculare, modificări de caracter, insomnie, iritabilitate. Tulburările cardio-vasculare se caracterizează prin tahicardie şi hipertensiune. Evoluţia se face în puseuri de scurtă durată, urmată în cîteva luni de vindecare totală.

Natura bolii este încă discutată ; au fost invocate : infecţia virotică neurotropă (cu localizare pe centrii neurovegetativi diencefalici) intoxicaţii ale aceloraşi centri, carenţe vitaminice (grupul B), boală de adaptare (Selye, Cheek).

TRATAMENTUL GENERAL

— Ca medicaţie etiologică se poate încerca administrarea Tetraciclinei în doză de 1—2 g/24 de ore în funcţie de vîrstă, şi a vitaminelor din grupul B (B_1, B_6, PP, B_{12}) ;

— Ca medicaţie simptomatică se prescriu : sedative nervoase neuroleptice şi tranchilizante (vezi Eczema infantilă şi Prurigourile) în special Fenobarbital (Luminalete), comprimate a 0,015 g cîte 1—3/24 de ore şi Clordelazin, drajeuri a 25 mg, în doze de 1—3 mg/kilocorp/24 de ore, divizate în trei prize, Romtiazin (Delazin), drajeuri a 35 mg, în doze de 3 mg/kilocorp/24 de ore, Romergan, drajeuri a 30 mg sau sirop pentru copii conţinînd 100 mg% Romergan, în doză de 0,5—1 mg/kilocorp/24 de ore, în trei prize, Bergonal, drajeuri conţinînd alcaloizi totali din rădăcini de

Belladonna şi din *Secara cornuta*, respectiv cîte 0,25 şi 0,30 g, precum şi Fenobarbital 0,03 pe drajeu, din care se dau (la copii peste 6 ani) cîte 1—2 drajeuri/24 de ore, în cure de 7—15 zile, repetate după pauze de 10 zile.

Se mai prescriu: clorură de sodiu *per os* (3—5 g/24 de ore) şi ADC, fiole conţinînd 5 mg dezoxicorticosteron, în doză de 3—5 mg/24 de ore intramuscular, sub control medical.

TRATAMENTUL LOCAL

Se rezumă la iradieri cu ultraviolete şi băi carbo-gazoase.

ERITROCIANOZA SUPRAMALEOLARĂ

Afecţiune frecventă, atingînd exclusiv sexul feminin şi cu predilecţie fetele tinere.

Simptome. Afecţiunea se manifestă printr-un eritem violaceu difuz, cu nuanţă cianotică, dispus simetric în jurul glesnelor şi al porţiunii inferioare a gambelor. Tegumentele, reci, prezintă o infiltraţie pseudoedematoasă (nu lasă amprentă la presiune), care este mai manifestă către sfîrşitul zilei. Bolnavele acuză adesea o senzaţie de greutate în gambe, după o perioadă mai lungă de ortostatism.

Etio-patogenia eritrocianozei rezidă în tulburări circulatorii periferice, în speţă stază vasculară, datorită unei atonii capilaro-venoase constituţionale, la care concură factorii endocrini (ovar, tiroidă, hipofiză) şi neurovegetativi.

TRATAMENTUL GENERAL

— Ca medicaţie etiologică se vor administra, în funcţie de tulburările endocrine constatate (cel mai frecvent hipotiroidie), diverse preparate hormonale (vezi Hipocianoza) : Tiroidă, Gonacor, Estrogen, Progesteron.

— Se vor administra ca medicaţie patogenică, favorizantă a circulaţiei de întoarcere : Rutosid (Rutin), cîte 3—4 comprimate a 20 mg/24 de ore sau cîte 1—2 fiole a 80 mg/24 de ore şi Ascorutin, cîte 3—4 comprimate/24 de ore, în cure de 1—2 luni, Vitamină E, cîte 3—4 drajeuri a 30 mg/24 de ore sau 1—2 fiole a 30 mg la 2 zile ; Vitamină D, fiole buvabile sau injectabile a 600 000 u. cîte una la 4—5 zile, în serii de 5—6 fiole.

TRATAMENTUL LOCAL

Se utilizează masaje cu unguent iodo-iodurat (bromură de iod 1 g, iodură de sodiu 2 g, vaselină 100 g), vibromasaje, iradieri cu ultraviolete, ciorapi şi bandaje elastice, ciorapi de lînă iarna.

Se vor evita ortostatismul prelungit şi utilizarea jartierelor elastice.

Scanned with OKEN Scanner

BOALA RAYNAUD

Este un sindrom de vasoconstricție arterială paroxistică a extremităților, evoluînd schematic în două faze care se succedă, una de sincopă și alta de asfixie locală. În unele cazuri poate evolua spre gangrenă.

Simptome. Afecțiunea atinge în general adulții, îndeosebi de sex feminin. Se localizează aproape în exclusivitate la mîini, rar la toate patru membrele, de regulă simetric. Accesul se produce spontan, sau cel mai adesea este declanșat de frig, șocuri emoționale, eforturi. Prima fază, de sincopă locală, se traduce printr-o paloare a unuia sau mai multor degete, care brusc devin albe-gălbui, ischemice și reci. Vasoconstricția se însoțește de senzație de furnicături, înțepături sau dureri intense. Asfixia locală urmează de regulă stării sincopale, dar nu obligatoriu. Ea se instalează după cîteva minute sau ore de la debutul accesului, manifestîndu-se prin recolorarea degetelor, care devin treptat albăstrii, cianotice.

Evoluția afecțiunii este cronică, accesele reproducîndu-se la intervale variabile, cu tendința de a se apropia cu timpul între ele și de a crește în intensitate. Sindromul Raynaud evoluează independent sau însoțește alte afecțiuni, ca acrocianoza esențială, eritromelalgia, sclerodermia progresivă cu sclerodactilie, hipertensiunea arterială, aortite, stenoza mitrală ș.a.

Etio-patogenia rezidă în tulburări neurovasculare : spasm arteriolocapilar (sincopa-locală), căreia îi urmează o relaxare incompletă a spasmului și o vasodilatație paralitică a venulelor și capilarelor venoase cu hipoxie (asfixie locală). Este posibilă și o intervenție a glandelor endocrine (tiroida, suprarenala și ovarele.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi în primul rînd patogenic, cel puțin în timpul crizelor sincopale dureroase. Se vor administra :

— vasodilatatoare și spasmolitice, analgetice : Papaverină, Talazolin intravenos, Padutin-depot, Procaină clorhidrică, intravenos (vezi Dermita livedoidă Nicolau) sau

— nitrat de sodiu, cîte 0,10—0,20 g/24 de ore, *per os,* din soluția (poțiunea) 1/150 ;

— nitroglicerină, comprimate a 0,5 mg și soluție alcoolică 1%, din care se dau în timpul crizei cîte un comprimat, de ținut sub limbă, putîndu-se repeta doza după 15—20 de minute, sau 3 picături de soluție pe o bucățică de zahăr ținută sub limbă (doza se poate repeta după 15 minute) ;

— Vasoperif, fiole conținînd soluție apoasă injectabilă 0,25‰ de clorură de carbaminoilcolină (0,25 mg/fiolă), parasimpatomimetic cu acțiune favorabilă asupra fenomenelor secundare ale angiospasmului. Se administrează cîte 1—2 fiole/24 de ore suboutanat (nu se administrează intravenos) ;

— Vitamină PP, cîte 1—2 fiole de 30 mg (soluție 3%)/24 de ore, preferabil intravenos (sau intramuscular) ;

Scanned with OKEN Scanner

— infiltraţii cu Procaină clorhidrică 0,50%, paralombare sau ale ganglionilor simpatici 2 şi 3 toracici, sau perianteriale subclaviculare ;

— în formele cu crize de violenţă extremă şi foarte frecvente, cu eczeme gangrenoase, se va putea recurge la simpatectomia periarterială sau stelectomie.

În afara crizelor se vor prescrie :

— opoterapie cu preparate hormonale tiroidiene (Tiroidă), hipofizare (Gonacor), gonadice (estrogeni, gestageni) (vezi Acroasfixia) sau antitiroidiene (iodură de potasiu, Metiltiouracil), în funcţie de tulburările endocrine prezente ;

— Vitamină PP, 3—6 comprimate/24 de ore, 30—45 de zile, Tolazolin 3 drajeuri/24 de ore, 15 zile, Vitamină D_2 câte o fiolă buvabilă a 600 000 u. la 4—5 zile, Vitamină B_1 10—25 mg/24 de ore, insulină 5—10 u.i./24 de ore subcutanat etc.

TRATAMENTUL LOCAL

Nu este necesar. În formele cu ulceraţii gangrenoase se vor face :

— băi călduţe cu soluţii slab antiseptice (acid boric, Rivanol, permanganat de potasiu) ;

— atingeri cu soluţie de violet de genţiană 1% ;

— unguente cu antibiotice (Tetraciclină 3%, Neomicină 1%) alternînd cu pudre de Sulfatiazol, Plurisulfan 10% sau Neomicină 1%, în lactoză.

Se pot încerca şi unguente cu corticoizi (Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan), în cure de 5—7 zile, urmate, în cazuri de tendinţă la atonie, de topice cicatrizante (vezi Ulcerul cronic de gambă).

ELEFANTIAZISUL

Este un sindrom cu etiologie multiplă, caracterizat printr-o importantă îngroşare fibroasă a pielii şi hipodermului membrelor, feţei sau organelor genitale. În stadii mai avansate, suprafaţa tegumentului devine mamelonată, acoperindu-se cu mici proeminenţe hiperkeratozice, veruciforme. Se deosebesc trei tipuri clinice de elefantiazis : congenitale, primitive şi secundare (ultimele două dobîndite).

ELEFANTIAZISUL CONGENITAL

Este constituit de o hipertrofie a părţilor moi ale regiunii respective, care se manifestă de la naştere şi se măreşte cu vîrsta. Este realizat sau se identifică cu limfangiomul difuz elefantiazic (pahidermia limfangiectatică), malformaţie care atinge cel mai adesea un membru inferior, mai rar organele genitale sau faţa. El trebuie deosebit de **trofedemul cronic (boala Milroy-Meige)**, distrofie ereditară care apare în co-

pilărie sau pubertate, cu sediul aproape exclusiv la membrele inferioare, de obicei unilateral. Tegumentele acestora, sediul unui edem care nu face godeuri, sînt netede, fără verucozităţi şi varice limfatice. Se asociază frecvent cu o spină bifidă ocultă.

ELEFANTIAZISURILE PRIMITIVE

Cel mai vechi şi mai bine cunoscut tip etiologic îl constituie **elefantiazisul filarian (tropical),** care în Europa se întîlneşte cu totul accidental.

ELEFANTIAZISUL NOSTRAS

Simptome. Se instalează lent, progresiv, în urma unor procese de limfangită difuză, clinic decelabile, alteori infraclinice. La faţă (nas şi buze) apare consecutiv limfangitelor difuze, avînd ca origine focare de parodontite (pioree), rinite vestibulare streptococice cronice şi mai ales puseuri erizipelatoase recidivante. La organele genitale apare datorită unui intertrigo streptococic inghinal sau consecutiv unui erizipel cronic, recidivant, al scrotului şi tecii penisului, care în unele cazuri se asociază unei infecţii bacilare (lupus tuberculos al membrului inferior, tuberculoză ganglionară inghinală). La membrele inferioare, limfedemul se instalează în urma puseurilor repetate ale unui erizipel cronic recidivant sau unei dermite streptococice subacute erizipeloide, avînd cel mai adesea ca punct de plecare un intertrigo micotic interdigital, mai rar după o tuberculoză cutanată.

Un elefantiazis parţial, limitat la treimea sau la cele două treimi inferioare ale membrului inferior, constituie una din complicaţiile tardive, dar nu obligatorii, ale ulcerului cronic (varicos) al gambei.

O formă particulară a elefantiazisului nostras o constituie sindromul elefantiazic supurativ perineal-fesier, constînd în infiltraţia dură, scleroasă, a tegumentelor regiunii amintite, consecutiv unui proces supurativ cronic difuz, polifistulos. El are o etiologie multiplă : limfogranulomatoză benignă, tuberculoză, sifilis, actinomicoză, la care recent au fost adăugate : disembrionul chistic fistulos fesier şi acneea conglobată.

ELEFANTIAZISUL SECUNDAR

Este datorit unei tulburări a circulaţiei limfatice de ordin mai mult mecanic decît inflamator : compresiuni de diferite naturi, intervenţii chirurgicale, evidări ganglionare largi sau radioterapia, cu efecte secundare, a ariilor ganglionare metastazice.

TRATAMENTUL GENERAL

Preventiv se vor trata de la primele lor semne : erizipelul recidivant, dermitele erizipelatoide şi puseurile limfangitice, avînd ca punct de plecare o micoză interdigitală cronică a picioarelor, sau o rinită vestibulară

Scanned with OKEN Scanner

cronică, sau un intertrigo cronic inghino-scrotal, care la rîndul lor vor fi tratate radical (vezi Epidermofiţiile, Candidozele şi Eczemele microbiene).

În sindromul elefantiazic perineal-fesier, tratamentul etiologic se confundă cu acela al afecţiunii în cauză.

După constituirea elefantiazisului nostras se va recurge cît mai precoce la un tratament patogenic (vezi Sclerodermia) cu :

Corticoterapia în cure medii (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore, Superprednol 4—6 mg/24 de ore, în cure prelungite de 15—20 de zile, eventual în asociere cu :

— Hialuronidază : Tilase sau Hyason, cîte 1—2 fiole a 150 u. i./24 de ore, intramuscular, în serii de 20—30 de injecţii ;

— medicaţie iodată : Iozinol, fiole, Iodură de potasiu, comprimate, şi cura Legroux (vezi Induraţia corpilor cavernoşi) ;

— Vitamină E, cîte o fiolă a 300 mg la 2 zile, în serii de 15—20 de injecţii, repetate după pauze de 20—30 de zile. Se prescrie în asociaţie cu :

— Vitamina PP, cîte o fiolă a 100 mg (soluţie 5%), intramuscular, sau 3—6 comprimate a 100 mg/24 de ore după mese ; este indicată pentru acţiunea sa permeabilizatoare ;

— Butedrin, indicat pentru aceleaşi proprietăţi permeabilizatoare, iniţial pe cale parenterală, cîte 1—2 fiole/24 de ore, şi, mai tîrziu, pe cale orală, cîte 3—4 comprimate/24 de ore ;

— radioterapie funcţională radiculo-medulară în cazurile neinfluenţate de tratamentul medicamentos.

TRATAMENTUL LOCAL

În formele circumscrise, reduse ca dimensiuni, se pot practica :

— infiltraţii locale cu Hidrocortizon sau Supercortizol (o fiolă a 25 mg diluată 1/1 cu Procaină sau Xilină 2%) sau cu Hialuronidază ; (Hyason sau Tilase, cîte 1—2 fiole a 150 u.i. pe şedinţă), eventual în asociere cu corticoizi. Hialuronidaza poate fi utilizată şi sub formă de ionizări, 10—15 şedinţe, cîte una la 2 zile.

În formele avansate şi rebele la orice tratament medical ale elefantiazisului nostras şi mai ales în elefantiazisul congenital se va putea recurge la procedee chirurgicale.

Un auxiliar preţios în elefantiazisul nostras şi în cele secundare, mecanice, ale membrului inferior îl constituie contenţia în ciorapi elastici sau faşă elastică, aplicate dimineaţa în pat. În timpul somnului este bine ca membrul inferior să stea în poziţie mai ridicată în raport cu trunchiul.

Scanned with OKEN Scanner

XIV

DISCROMIILE

VITILIGOUL

Este o leuco-melanodermie de natură foarte probabil neuro-endocrină, caracterizată prin pete acromice mărginite de o zonă hiperpigmentată.

Simptome. Debutează prin mici pete punctiforme sau lenticulare, care se întind lent, progresiv, ajungînd la dimensiuni variabile. Excepţional se poate chiar generaliza. Petele acromice au contururi regulate, uneori sinuoase, netede, contrastînd cu zonele hiperpigmentate limitrofe. Se localizează simetric, oriunde pe corp, în special pe extremităţile membrelor, gît, faţă şi organe genitale. Perii de pe petele vitiliginoase cresc albi.

Etiologie. Apare la orice vîrstă, mai ales la tineri. Atinge ambele sexe, mai frecvent femeile cu tulburări neuroendocrine, în special hipertiroidiene. Şocurile emoţionale pot juca un rol în declanşarea şi agravarea leziunilor.

Evoluţia este îndelungată, indefinită, capricioasă.

TRATAMENTUL GENERAL

Vor fi corectate în primul rînd tulburările endocrine, mai ales tiroidiene (de obicei hipertiroidiene), mai puţin suprarenaliene, ovariene, hipofizare.

Se vor indica sedative nervoase, neuroleptice şi tranchilizante, îndeosebi Clordelazin, Romtiazin, Meprobamat, Pasinal etc. (vezi Eczemele).

Tratamentul patogenic constă în stimularea pigmentării prin substanţe fotocatalizatoare :

— Meladinina, considerată medicaţie de elecţie, este principiul activ extras din frunzele şi fructele plantei *Ammi-majus*. Meladinina conţine două fracţiuni, amoidina şi amidina, şi se găseşte preparată sub două forme : tablete a 0,01 g şi tinctură în două concentraţii : slabă şi forte. Acestea se pot administra izolat, dar eficacitatea lor este crescută cînd

sînt administrate concomitent ; *per os* se dau cîte 1—4 tablete/24 de ore, în raport cu vîrsta şi intensitatea leziunilor, în cure de 3—4 săptămîni (cîte 4—5 zile pe săptămînă).

Meladinina se asociază, cu rezultate superioare, cu preparate conţinînd săruri de cupru :

— Neoanemovit, sirop conţinînd : fier gluconic 3%, cupru clorat 0,05%, cobalt clorat 0,05%. Se dau cîte 3—4 linguriţe/24 de ore la adult, înaintea meselor, şi cîte 1—3 linguriţe/24 de ore la copil, în funcţie de vîrstă ;

— Sirop tonic, conţinînd, alături de alte ingrediente (calciu, sodiu şi kaliu hipofosforos, fier clorat, stricnină sulfurică) şi cupru sulfuric 0,008 g%. Se administrează cîte 3 linguri/24 de ore la adult şi cîte 2—6 linguriţe/24 de ore la copil, în funcţie de vîrstă.

Se mai utilizează : Procaină 0,50%, cîte 2—3 linguri pe zi la adult, 2—3 linguriţe la copil, asociată, cu acidul paraaminobenzoic (Romavit, cîte 3 tablete a 0,50 g/24 de ore), la copil cîte 1/2—2 comprimate/24 de ore ; antipaludicele de sinteză (Clorochin, 1—2 tablete pe zi), Vitamină B_{12} (cîte 1 000 gamma, de două ori pe săptămînă) şi Vitamină B_6, fiole a 250 mg cîte o fiolă sau 1—2 drajeuri a 250 mg la 2 zile), în cure de cîte o lună ; Folcisteină U, în cure de 30—45 de fiole, cîte una la 2 zile.

În cazurile severe, cu extindere rapidă şi apariţie de noi pete cu caracter exploziv, unii autori au obţinut rezultate bune cu corticoizi în doze medii sau mari. În cure scurte (pînă la oprirea evoluţiei extensive), Prednison 40—80 mg/24 de ore, Supercortisol 40—60 mg/24 de ore, eventual pe cale parenterală 50—75 mg/24 de ore.

TRATAMENTUL LOCAL

Constă în utilizarea de substanţe fotocatalizatoare :

— Meladinină soluţie slabă şi forte (aceasta din urmă nu se utilizează pe faţă). Se badijonează cu soluţia şi după 10—15 minute se expune la soare, perioade de timp progresiv crescînde, de la 10—15 secunde la 10—15 minute. Şedinţele vor fi zilnice sau la 2—3 zile, în funcţie de eritemul solar, a cărui intensitate medie nu trebuie depăşită (risc de arsură de gradul al II-lea !). Numărul lor va fi variabil, în funcţie de rezultatele obţinute (în cazurile favorabile, pigmentaţia începe să apară după 4—6 săptămîni) ;

— expunerile la soare pot fi înlocuite prin iradieri cu lampa de ultraviolete, timpii de expunere fiind scurtaţi cu 1/3 (se va începe cu 3—5 secunde) ;

— în absenţa meladininei se pot utiliza : esenţă de bergamote 10—20% în soluţie alcoolică 70°, simpla apă de Colonia sau esenţă de terebentină 10%, sau de eucalipt 10% în alcool de 70°.

Pentru protecţia tegumentelor limitrofe normale se vor utiliza topice conţinînd substanţe fotoprotectoare (vezi Efelide).

Scanned with OKEN Scanner

După iradiere, meladinina sau celelalte fotocatalizoare utilizate vor fi îndepărtate prin spălare cu apă și săpun sau cu alcool diluat.

Arsurile de gradul I sau de gradul al II-lea, produse accidental, vor fi tratate ca orice arsură prin acțiunea căldurii (vezi Arsurile).

Cînd tratamentul eșuează se va putea recurge la pigmentarea artificială cu o soluție de permanganat de potasiu, a cărui nuanță dorită se va obține prin testarea prealabilă a diferitelor concentrații.

EFELIDELE

Sînt pete pigmentare rotund-ovalare, de dimensiuni variabile, de la aceea a unui bob de mei la aceea a unui bob de linte, de culoare gălbenă șamoa sau brună, apărînd de la vîrsta de 5 ani, pe părțile descoperite, față, gît, dosul mîinilor, antebrațe, uneori pe umeri. Sînt mai frecvent atinși copiii și adolescenții blonzi și roșcați, petele fiind declanșate și evidențiate în cursul primăverii și verii de către lumina solară puternică. Se notează adesea caracterul familial și ereditar, de unde semnificația nevică atribuită.

TRATAMENTUL GENERAL

Nu există.

TRATAMENTUL LOCAL

Preventiv se va evita expunerea la inadiațiile solare directe, mai ales în lunile de primăvară, și se vor utiliza în timpul orelor însorite unguente, soluții și pudre fotoprotectoare, pe bază de acid paraaminosalicilic (PAS) și mai ales de acid paraaminobenzoic (Romavit), în concentrație de 10%.

Rp. PAS sau Romavit 10 g
Lanolină,
Apă distilată
Vaselină āā 30 g
Excipientul poate fi și glicerolatul de amidon.

Rp. PAS substanță pură 10 g
Glicerină 5 g
Alcool rectificat 10 g
Apă distilată ad 100 g
Glicerolatul sau cremele vor fi aplicate pe pielea umedă, după care excesul se șterge și se pudrează (facultativ) cu :

Rp. Talc (pudră de orez) 100 g
Romavit 5 g
Chinină bromhidrică 0,50 g

Scanned with OKEN Scanner

Ca medicaţii curative se vor utiliza: substanţe decolorante şi exfoliante: acid salicilic 5—10%, resorcină 10—15%, calomel şi precipitat alb mercur 3—5%, hidrochinonă 5—10%, perhidrol 15—20%, fenol 10—50% în alcool de 90°.

Se poate începe prin loţiuni exfoliative:

Rp. Acid salicilic 2—3 g
Rezorcină 10—15 g
Glicerină 5 g
Alcool de 70° 5 g.

Se şterg zonele pigmentate zilnic (pe suprafeţe limitate), timp de 4—7 zile după care se lasă să se exfolieze (prealabil exfolierii se produce o uşoară pigmentaţie brună-cenuşie a zonelor tratate, provocată de resorcină). După exfoliere se vor aplica seara.

Rp. Bismut subnitric
Precipitat alb de mercur āā 1—3 g
Lanolină 5 g
Vaselină 25 g

sau

Rp. Perhidrol
Lanolină āā 5 g
Vaselină 20 g

sau

Rp. Hidrochinonă 5—10 g
Acid salicilic 1—2 g
Glicerină 5 g
Alcool de 70° 95 g

Ziua se vor aplica topice cu substanţe fotoprotectoare (vezi mai sus).

Petele rezistente la procedeele menţionate pot fi exfoliate prin atingeri cu o soluţie alcoolică de fenol 10—50% sau prin crioterapie (criocauter cu vîrf asoutit) sub presiune slabă 5—10 secunde. Şedinţele se repetă la 7—10 zile.

CLOASMA

Simptome. Dermatoza se prezintă sub forma unei pigmentaţii melanice de nuanţă variată, de la gălbui la brun închis, neomogenă, bine delimitată şi cu contururi neregulate, în placarde dispuse simetric pe pomeţi, tîmple, partea mediană a frunţii, uneori în jurul orificiului bucal. Apare la gravide în primele luni ale sarcinii (masca gravidică), persistînd în tot cursul sarcinii, adesea şi după naştere, pînă la menopauză, sau chiar după aceasta. Mai rar poate apărea la tinerele femei în afara graviditătii şi foarte rar, la bărbaţi. Pigmentaţia se accentuează sub influenţa iradiaţiilor solare, şi se atenuează uneori aproape pînă la dispariţie în timpul iernii.

Etiologia pare să fie glandulară, deşi în general nu sînt decelate tulburări evidente (uneori pot fi incriminate tulburări digestive cronice) (vezi Melanoza Riehl).

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

Se vor cerceta şi corecta eventualele tulburări hormonale existente (de obicei gonadice).

Se vor trata suferinţele digestive cronice (vezi Eczemele).

Se vor administra : Vitamină C, 1—1½ g/24 de ore, Vitamină PP 300—600 mg/24 de ore (3—6 tablete), în cure de 30—45 de zile.

TRATAMENTUL LOCAL

Este acelaşi ca în efelide.

MELANOZA RIEHL

Este o dermatoză rară, caracterizată printr-o pigmentaţie cel mai adesea reticulată, mai rar uniformă şi difuză, a feţei, predominînd pe tîmple, frunte, pomeţi, feţele laterale ale gîtului, antebraţe.

Simptome. Debutează printr-un eritem asemănător celui solar, dar nu întotdeauna după o expunere la soare. Pigmentaţia succedă eritemului sau se instalează direct, în mod lent, insidios, avînd o nuanţă cenuşie-albăstruie, uneori violacee. Epidermul prezintă o foarte fină descuamaţie ; uneori este lucios, lichenoid şi atrofic, realizînd un aspect pestriţ, poikilodermic. Hiperkeratoza foliculară este inconstantă. Pigmentaţia se accentuează cu fiecare expunere la soare.

Evoluţia este cronică, de lungă durată, cu remisiuni şi agravări, mai ales în cursul verii.

Etio-patogenia melanozei Riehl este complexă, intervenind factori etiologici multipli : lumina solară, tulburări gastrointestinale cronice, disbioza florei microbiene digestive şi, consecutiv, tulburări în sinteza şi resorbţia unor acizi aminaţi şi vitamine (C, PP, B), precum şi prin anumiţi metaboliţi care rezultă din degradarea principiilor alimentare (indoli, scatoli, fenoli) şi alţi corpi fluorescenţi (Graciansky), derivaţi sulfhidrilici, etc., cu proprietăţi fotosensibilizante. Au mai fost incriminaţi dezechilibrul endocrin (corticosuprarenal), tulburările neurovegetative şi unele substanţe chimice exogene cu proprietăţi fotosensibilizante : gudronul şi uleiurile minerale, briantine, tincturi capilare.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi în primul rînd etiologic, şi constă în :

— corectarea tulburărilor gastro-intestinale cronice prin regim alimentar adecuat şi eupeptice (Triferment sau Acidopeps) şi modificatoare ale disbacteriei intestinale : flora lactică (iaurt), Cloramfenicol, Saprosan, Mexaform, Cifoform (vezi Eczemele) ;

— vitaminoterapie substitutivă cu B_1, B_2, B_6, PP şi C (1—2 g/24 de ore).

Se mai prescriu :

— **antipaludice de sinteză** (Clorochin, 600—800 mg/24 de ore) ;

Scanned with OKEN Scanner

— *ADC* — 1—2 fiole a 5 mg dezoxiconticosteron acetat/24 de ore :

— **Corticoterapia** se administrează cu prudenţă, numai în faza eruptivă, de debut, şi în condiţiile unei stări funcţionale normale a corticosuprarenalei. Dozele vor fi medii şi curele scurte, de 10—15 zile (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore).

Uneori a dat rezultate favorabile Procaina administrată *per os* (3 linguri pe zi din soluţia 0,50/300).

TRATAMENTUL LOCAL

Sînt indicate topicele cu corticosteroizi fluorinaţi, cu bune rezultate în special în faza eruptivă de debut : Locacorten, Synalar şi Triamcinolon.

În fazele tardive se vor încerca procedee de exfoliere chimică sau prin crioterapie (vezi Efelidele).

În anotimpurile însorite, ziua se vor aplica unguente cu substanţe fotoprotectoare (vezi Efelidele).

INCONTINENTIA PIGMENTI (Bloch şi Sulzberger)

Este o afecţiune rară, de natură nevică, apărînd la sugari de sex feminin. Evoluează clinic, obişnuit, dar nu obligatoriu, în trei stadii :

a) stadiul inflamator, constituit din bule mici, trecătoare ;

b) stadiul papulos, cu papule de aspect polimorf (lichenoide, keratozice, verucoase) inconstant şi

c) stadiul pigmentar, care poate surveni însă chiar de la naştere. Pigmentaţia foarte caracteristică ca dispoziţie, de nuanţă brună-deschis sau brună-ciocolatie, apare pe flancuri, torace şi membre, sub formă de vîrtejuri sau în „jet de apă", dispusă simetric sau unilateral. După o perioadă de timp începe să se estompeze pentru a dispărea total sau lasă zone hipocrome. Sindromului cutanat i se asociază frecvent alte anomalii (dentare, pilare şi mai ales oculare).

TRATAMENTUL GENERAL

Diversele medicaţii propuse sînt puţin active : Vitamină A sintetică în doze mari (50 000—100 000 u./24 de ore) din soluţia uleioasă buvabilă (flacoane a 5 ml) sau drajeuri a 10 000 u. Se poate utiliza şi sub formă de soluţie buvabilă sau injectabilă de Vitamină A palmitat, hidrosolubilă, cîte 1 000—10 000 u./24 de ore respectiv cîte 2—10 picături din soluţia buvabilă.

Se mai recomandă derivaţi oxichinoleinici ; Mexaform P suspensie de Vioform şi Entobex cîte 5—15 picături de trei ori pe zi ; Saprosan 10 mg/kilocorp/24 de ore (o microtabletă).

TRATAMENTUL LOCAL

Unii autori recomandă iradieri cu ultraviolete.

Scanned with OKEN Scanner

XV

DERMATOZE PRIN TULBURĂRI ALE SISTEMULUI RETICULO-HISTIOCITAR

A. RETICULOZELE BENIGNE

LIMFADENIA CUTANATĂ BENIGNĂ (limfocitoamele)

Sînt tumori benigne, încadrate nosologic în grupul reticulozelor leucozice benigne, uneori cu regresiune spontană. Se descriu următoarele tipuri clinice :

— **limfocitomul (Jadassohn),** tumoare solitară, emisferică, de 0,5—1,5 cm în diametru, roz, acoperită de telangiectazii, de consistenţă elastică. Apare mai frecvent la tineri, ubicuitar, mai ales pe faţă şi scrot ;

— **limfadenia cutanată benignă (Bävfersteedt)** este constituită din tuberculi milliari de culoare roz-gălbui sau brun-deschis, grupaţi în placarde mici sau inelare. Uneori se prezintă sub formă de plăci infiltrate, rotund-ovalare, roşii, cu tendinţă la deprimare în centru şi cu marginile mai ridicate. Se localizează electiv pe faţă, mai ales frunte, suprasprîncenar, lobulii urechilor ;

— **reticuloza limfocitară benignă (Degos)** este constituită dintr-o erupţie de elemente nodulare, de dimensiuni variabile, roz-gălbui sau brun-deschis, diseminaţi ubicuitar, mai ales pe faţă, rădăcinile membrelor, scrot. De obicei nu există semne de atingere hemato-medulară sau ganglionară. Evoluţia este cronică, dar benignă.

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat în reticuloza limfocitară benignă cu leziuni multiple, eruptive ; se pot încerca :

— **chimioterapice citostatice :** Clafen, Girostan, Methotrexat (vezi Micozisul fongoid) şi eventual Leukeran (sinonim Clorambucil), comprimate conţinînd 2 mg de acid p-di- (cloro-2-etilamino) fenilbutilic ; derivat azot-iperitat cu acţiune alchilantă, indicat în leucozele limfoide cronice, limfomul folicular etc. Doza uzuală este de 0,2 mg/kilocorp/24 de

ore, în medie 10—15 mg/24 de ore la adult (5 comprimate/24 de ore timp de 3—6 săptămîni) apoi ca doză de întreţinere 0,05—0,1 mg/kilocorp/24 de ore. Este indicat să se administreze la cel puţin 3—4 săptămîni după roentgenterapie, dacă aceasta a fost efectuată anterior, şi niciodată concomitent.

TRATAMENTUL LOCAL

Constă în radioterapie, superficială sau de contact, în funcţie de tipul şi dimensiunile leziunilor, care sînt foarte radiosensibile.

În leziunile solitare se poate practica excizia chirurgicală sau electrocoagularea.

ANGIOSARCOMATOZA KAPOSI

Este o dermatoză de cauză necunoscută, altădată ataşată sarcoamelor cutanate primitive, azi încadrată nosologic în marele grup al reticulozelor (angioreticuloză) ; atinge adulţii, în special tinerii de sex masculin.

Simptome. Se caracterizează prin leziuni relativ polimorfe, cel mai adesea coexistente : a) noduli duri, roşii-violacei sau violacei-bruni, emisferici, de mărimi diferite ; b) plăci eritemato-pigmentare, bine conturate, cu margini nete, uşor proeminente, cu contur neregulat, adesea policiclic ; c) noduli mari, voluminoşi, tumorali, care se ulcerează repede, mai ales cei localizaţi pe labe ; d) macule pigmentare reziduale postleziionale. Leziunile se localizează simetric, de preferinţă pe membre, în special pe cele inferioare, ele pot apărea însă pe urechi, organele genitale masculine şi alte regiuni. Se citează numeroase cazuri cu localizări extracutanate care se pot întîlni oriunde, cel mai frecvent fiind atinse masele ganglionare periferice, mezenterice şi mediastinale, unele oase şi, mai ales, intestinul.

Evoluţia este cronică, indefinită, în puseuri cu posibile remisiuni spontane. Transformarea într-o sarcomatoză malignă gravă este posibilă, dar foarte rară.

Etiologia este obscură. Sînt discutate : natura infecţioasă, virotică, a bolii (este endemică în unele regiuni africane) şi concepţia de angioreticuloză benignă.

TRATAMENTUL GENERAL

Ca şi în alte reticuloze, se utilizează în asociaţie :

— **antibiotice,** eficace în perioada invazivă, de debut, în speţă Penicilină G, sodică sau potasică, în doze mari : 1 600 000—2 400 000 u./24 de ore, în cure de 1—2 luni, sau Tetraciclină 2 g/24 de ore (în caz de intoleranţă se va utiliza forma injectabilă, Solvocilin) (Reverin) (vezi Piodermitele), în cure de 3—4 săptămîni ;

Scanned with OKEN Scanner

— **corticoterapia,** indicată în asociaţie cu antibioticele în formele cu debut exploziv şi puseuri eruptive intense cu leziuni dureroase. Se administrează, după intensitatea puseului, în doze de atac medii sau mari : Prednison 40—80 mg/24 de ore, Supercortisol 30—60 mg/24 de ore, Superprednol 6—12 mg/24 de ore ;

— **chimioterapice citostatice :** Clafen, Girostan (vezi Micozisul fongoid), cu rezultate în general slabe ;

— izotopi radioactivi (fosfor 32, arsenic 76) pentru a căror administrare nu există încă scheme de tratament standardizate. Rezultatele sînt discutabile. Autorii francezi obţin rezultate superioare celorlalte medicaţii prin arsenoterapie.

TRATAMENTUL LOCAL

Radioterapia constituie un procedeu terapeutic foarte eficace în formele cu leziuni puţin numeroase ; se utilizează fie cea superficială, fie cea de contact pe leziunile voluminoase, tumorale, se preferă cobaltoterapia.

Electrocoagularea a 1—2 elemente cu acţiune probabil de „autodermoterapie" are efecte favorabile şi asupra restului leziunilor (Longhin).

MASTOCITOZELE

URTICARIA PIGMENTARĂ

Mastocitozele grupează dermatoze de aspect clinic diferit, pante pruriginoase, în realitate tipuri ale uneia şi aceleiaşi afecţiuni, avînd ca substrat histopatologic comun infiltratul cu mastocite.

a) **Urticaria pigmentară.** Apanaj al vîrstei copilăriei, este tipul clinic cel mai frecvent şi mai bine cunoscut dintre mastocitoze.

Denumită şi mastocitoză pigmentară eruptivă (Degos) evoluează în trei faze (nu întotdeauna bine distincte), apare de la naştere sau în primele luni de viaţă, uneori şi mai tîrziu, printr-o erupţie profuză de plăci urticariene rotund-ovalare, pruriginoase, de culoare roz sau roşie, mai tîrziu pigmentate. Acestui stadiu urticarian, care durează 1—2 ani, îi urmează faza de pete pigmentate brune-gălbui, abia infiltrate şi uşor proeminente ; ele rămîn cea mai mare parte a timpului ca atare, suferind periodic, spontan, puseuri congestive şi buloase. Ultima fază ar fi marcată de dispariţia progresivă a petelor pigmentate. Reacţia urticariană „provocată" a petelor pigmentate, prin frecarea acestora (erectilitatea), este patognomonică. Dermografismul şi puseuri congestive spontane sau sub influenţa căldurii (soare, băi calde) sînt fenomene caracteristice bolii.

Atingerile viscerale şi osoase, ca şi modificările sanguine, sînt excepţionale.

Evoluţia este cronică, atenuîndu-se progresiv pentru a dispărea către pubertate ; foarte rar boala se prelungeşte pînă la vîrsta adultă.

Scanned with OKEN Scanner

Alte tipuri clinice descrise sînt :

b) **Mastocitoza sau urticaria pigmentară cu elemente papuloase,** uşor proeminente, gălbui-brune, simulînd xantomul, de unde numele de xantolasmoidea. Se întîlneşte la copil.

c) **Mastocitoza multinodulară, globuloasă,** cu elemente emisferice, de volumul unui bob de piper la acela al unei alune, de consistenţă fermă, pruriginoasă ; este tot apanajul copilăriei.

d) **Mastocitoza cu placă unică, a sugarului,** cu sediul electiv la încheietura pumnului.

e) **Mastocitoza cutanată difuză,** cu tegumentele infiltrate, de culoare galben „fildeş vechi" şi cu suprafaţa neregulată, pe alocuri cadrilată, luînd aspectul de neurodermită, alteori în coajă de portocală.

f) **Mastocitoza maculo-pigmentară eruptivă a adultului** apare tardiv, la adultul tînăr şi de vîrstă mijlocie, fiind constituită dintr-o erupţie profuză, generalizată, de mici pete uşor pigmentate, cu diametrul de 2—5 mm, simulînd efelidele sau, în forma lor maculo-papuloasă, hidradenoamele eruptive. Evoluţia este cronică, indefinită, leziunile fiind rebele la tratament.

g) **Mastocitoame sau tumori cu mastocite,** rar întîlnite, mai frecvent la adult.

h) **Mastocitoza cutaneo-viscerală,** formă excepţională cu evoluţie malignă, adevărata „reticuloză cu mastocite" (Degos) (la adult şi la copii).

Etio-patogenia mastocitozelor este disputată între două ipoteze principale : aceea a unei genodermatoze de tip nevic şi aceea a unei reticuloze sistemice de cauză necunoscută.

TRATAMENTUL GENERAL

Se utilizează de obicei cu rezultate mediocre şi tranzitorii :

— **antihistaminice de sinteză :** Romergan, Feniramin, Nilfan, Clorfenoxamina, în doze uzuale (2—3 comprimate sau drajeuri/24 de ore, vezi şi Eczemele). Se asociază cu :

— **sedative nervoase, neuroleptice,** Fenobarbital, Ciclobarbital, Hipnogal, Belergon, Clordelazin, Meprobamat şi Levomepromazin, acesta din urmă avînd şi o acţiune antihistaminică (vezi Eczemele) ;

— **corticoterapie** Prednison, Supercortisol, numai în puseurile intens eruptive şi pruriginoase, iar la copii, în cele buloase multilezionale. Dozele vor fi individualizate în raport cu vîrsta şi intensitatea erupţiei.

Medicamentul de elecţie este considerat de mulţi Reserpina, principiul activ din *Rauwolfia serpentina,* se utilizează sub formă de Hiposerpil, comprimate conţinînd 0,25 mg reserpină, cu proprietăţi sedative nervoase. Se administrează în doză de 2—4 comprimate (0,5—1 mg/24 de ore, la copii între 3 şi 15 ani cîte 1/2—1 1/2 comprimate/24 de ore), după vîrstă. Nu se administrează la copii sub 3 ani. Curele pot fi prelungite pînă la 3—4 săptămîni, repetate după pauze de 2—3 săptămîni.

Mai poate fi încercată Heparina în doze mici, desensibilizante : 1 000 u./24 de ore (1/4—1/3 fiolă subcutanat).

Scanned with OKEN Scanner

Se pot utiliza în formele cu leziuni unice sau puţin numeroase :
— unguente cu corticoizi fluorinaţi (Locacorten, Synalar) şi Triamcinolon în pansamente ocluzive ;
— infiltraţii bisăptămînale cu Hidrocortizon sau Supercortisol (diluat 1/1 cu procainã sau xilinã 2%) ;
— infiltraţii cu hialuronidază : Hyason sau Tilase, cîte o fiolă a 150 u., diluată cu Procainã sau Xilinã şi, eventual, în combinaţie cu Hidrocortizon sau Supercortisol.

B. RETICULOZELE CUTANATE MALIGNE (Hematodermii)

Constituie un grup de manifestări cutanate sau cutaneo-viscerale şi sanguine, caracterizate prin proliferare dezordonată şi metatipică a elementelor reticulare, histiomonocitare şi leucocitare tisulare (reticuloze histiomonocitare şi, respectiv, reticuloze leucozice).

În ansamblu, reticulozele se caracterizează prin două categorii de leziuni cutanate : a) leziuni de însoţire, nespecifice (prurigo, unticarie, purpură, eritrodermie ş.a.) şi b) leziuni caracteristice, specifice (cu structură histologică specifică), erupţii papulo-nodulare, eritemato-scuamoase sau eritemato-papuloase, cu contururi curbilinii, nodulare, tumorale (cu tendinţă la ulcerare), infiltraţii în placarde, eritrodermii (de tip Wilson-Brocq sau „omul roşu“ al lui Hallopeau). Leziunile eruptive cutanate sînt ubicuitare, mai intense pe trunchi, rădăcinile membrelor şi faţă, infiltrate, de culoare roşie-violacee şi nepruriginoase. Se însoţesc frecvent de adenopatii periferice şi centrale, precum şi de atingeri ale organelor hematopoietice (hepato- şi splenomegalie), alteori ale măduvei osoase, cu prezenţa precoce sau tardivă a elementelor anormale în măduvă şi sîngele periferic (reticuloze leucemice). Uneori se întîlnesc şi leziuni osoase (pseudochistice). Starea generală este aproape constant alterată (febră moderată, astenie, adenoame, anorexie, caşexie).

Evoluţia este variabilă, în funcţie de tipul de reticuloză : acută, cu sfîrşit letal în cîteva săptămîni pînă la cîteva luni, subacută sau cronică, cu sfîrşit letal în 1—2 ani.

Există cîteva tipuri de reticuloze mai bine conturate clinic şi mai frecvent întîlnite, ca reticuloza histio-monocitară malignă acută a copilului (boala Letterer-Siwe), reticuloza histio-monocitară malignă a adultului, cu două subvarietăţi : acută (sau subacută) şi cronică ; manifestările de tip leucozic se întîlnesc cel mai adesea secundar leucozelor limfoide, mai rar mieloide, în special în cele cronice. Micozisul fongoid (vezi capitolul respectiv) şi boala Hodgkin (caracterizată clinic prin adenopatii periferice şi centrale, eozinofilie, stare febrilă sau subfebrilă şi manifestări cutanate polimorfe, mai ales de tipul prurigoului) constituie reticuloze particulare, zise „granulomatoase“ datorită infiltratelor histologice de aspect pestriţ, granulomatos, caracteristice lor.

Etiologia reticulozelor este obscură : se admite posibilitatea unor infecţii virotice în cele acute.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

În linii mari se pot stabili următoarele scheme de tratament :

În formele acute, cu mare malignitate, se vor administra **corticoterapie** în doze mari (Prednison 40—80 mg/24 de ore, Supercortisol 30—60 mg/24 de ore, eventual, în cazurile foarte severe, Hemisuccinat de hidrocortizon 200—300 mg/24 de ore şi apoi Supercortisol injectabil 75—50 mg/24 de ore. La copii, posologia va fi individualizată în funcţie de gravitatea afecţiunii şi vîrstă. Eventual corticosteroizii se vor asocia cu : **antibiotice** de tipul Tetraciclinei 2—3 g/24 de ore la adult ; la copilul mic 30—50 mg/kilocorp/24 de ore, eventual administrată sub forma injectabilă : Solvocilin (Reverin) (vezi Piodermitele în cure prelungite).

În formele acute stabilizate sau în cele cronice se vor administra **chimioterapice citostatice,** alese în funcţie de tipul cito-histologic al reticulozei : în cele leucozice (limfatice) limfoide cronice sînt indicate : Clafen, Leukeran, Girostan (vezi Micozisul fongoid) ; în cele mieloide cronice, girostan, Citosulfan, comprimate a 2 mg de 1/4-dimetilsulfoniloxibutan, cîte 4—8 mg/24 de ore, pînă ce leucocitele scad la 20 000/mm^3, apoi cîte 2—4 mg/24 de ore doză de întreţinere, timp de săptămîni sau luni de zile. Tratamentul prelungit poate determina trombocitopenii importante, cu diateze hemoragice secundare, uneori aplazii medulare. În boala Hodgkin sînt indicate Clafen, Leukeran (vezi Micozisul fongoid) şi Vincaleucoblastine (alcaloid purificat extras din *Vinca rosea L.),* fiole a 10 mg. Citostaticelor li se poate asocia corticoizi în doze medii şi cure prelungite.

În stadii avansate ale reticulozelor, cu epuizare fizică sau caşexie, se vor administra : tonice generale, anabolizante şi complexe vitaminice (vezi Arsurile, Pemfigusul, Lupusul eritematos acut).

TRATAMENTUL LOCAL

În formele cu leziuni tumorale se poate utiliza radioterapia de contact (Chaoul), iar în cele eritrodermice, teleroentgenterapia pe sectoare.

În formele cu leziuni puţin infiltrate se pot aplica în pansamente ocluzive unguente cu corticosteroizi fluorinaţi (Locacorten, Synalar) sau triamcinolon.

C. MICOZISUL FONGOID

Afecţiune rară, de cauză necunoscută, cu evoluţie cronică şi prognostic grav, încadrată nosologic în grupul reticulozelor (granulomatoză). Atinge adulţii de ambele sexe, cel mai adesea după vîrsta de 50 de ani.

Simptome. Leziunile propriu-zise sînt de obicei precedate, uneori însoţite, de manifestări cutanate polimorfe, necaracteristice şi nespecifice, aşazisele „enupţii premicozice". Acestea se traduc prin plăci eritematoase sau eritemato-scuamoase parakeratozice şi eritrodermii pruriginoase, capricioase ca evoluţie şi rebele la tratament, putînd dispărea spontan. Adenopatii reactive pot însoţi mai tîrziu leziunile cutanate. După mai multe luni sau ani apar leziunile specifice, caracteristice bolii : placarde eritemato-edematoase,

infiltrate extrem de pruriginoase, care iau mai apoi un aspect mixt de eczemă cu lichenificare, bine delimitate şi cu porţiuni de piele sănătoasă în ele, uneori cu configuraţie curbilinie. Pe aceste placarde, sau independent de acestea, în pielea sănătoasă, apar mai tîrziu tumori emisferice, roşii-violacee sau brune, de diferite mărimi, adesea strangulate la bază, avînd o mare tendinţă la ulcerare. Mai survin ulceraţii, care se pot cicatriza spontan. Mucoasele şi viscerele sînt mai rar atinse. Raporturile afecţiunii cu parapsoriazisul în plăci şi cel lichenoid sînt unanim admise, acesta din urmă transformîndu-se rareori într-un micozis fongoid. Evoluţia este lungă, indefinită, cu remisiuni incomplete şi agravări, terminîndu-se după ani (3—15 ani şi mai mult) prin caşexie, infecţii intercurente şi moarte.

Există forme pur eritrodermice şi forme cu tumoare de la început.

TRATAMENTUL GENERAL

Este reprezentat ca în orice reticuloză malignă, din trei medicaţii :

a) **antibiotice** de tipul tetraciclinei, care se administrează în doze de 2 g/24 de ore, timp de 15—20 de zile ;

b) **citostatice,** atît alchilante, cît şi antimetabolice. Dintre cele alchilante se utilizează :

— Ciclofosfamidă (Clafen) (sinonim Endoxan), flacoane conţinînd 106,9 mg şi, respectiv, 213,75 mg de acid N,N′-di(β-cloretil)N′-o-propilendiamidofosforic. Acest derivat de azotiperită este mai puţin toxic decît alţi agenţi alchilanţi, fiind eficace, atît pe cale orală, cît şi parenterală. Se administrează în doze care variază după intensitatea leziunilor şi toleranţă (se vor face repetate controale hematologice în cursul tratamentului). Doza de atac este de 2—3 mg/kilocorp/24 de ore, începînd de obicei prin administrarea unui flacon de 200 mg/24 de ore, intravenos lent, timp de o săptămînă, după care se trece la doza de tratament propriu-zis, de 100 mg/24 de ore (un flacon de 100 mg), care va fi prelungit în funcţie de toleranţă ; în caz de proastă toleranţă (scăderea leucocitelor sub 3 000/mm^3) se va face o pauză, reluîndu-se în doza de 75—50 mg/24 de ore sau la 2—3 zile, intravenos sau, preferabil, *per os* (Endoxan, drajeuri a 50 mg) în cure care se pot prelungi mai multe luni, în raport cu toleranţa sanguină, şi generală ;

— Girostan (sinonim thio-tepa), fiole conţinînd o soluţie apoasă de N-N′-N″-trietilentiofosfortriamidă, în concentraţie de 1% este un agent alchilant cu proprietăţi farmacologice similare celorlalte etilenimine. Efectele toxice medulare sînt mai reduse decît ale altor substanţe din acelaşi grup, totuşi se va urmări periodic hemo-leucograma în cursul tratamentului. Doza este de 15—20 mg/24 de ore (10 mg/fiolă) la începutul tratamentului (7—8 zile), apoi 10—15 mg administrate intravenos la 2 zile, în serii de 3—5 săptămîni (9—15 injecţii totalizînd 150—225 mg). Cura se poate repeta, ca şi în cazul Clafenului, după o pauză de 2—3 luni.

În procedeul tratamentului de durată se administrează o doză unică de 20—30 mg săptămînal, timp de mai multe săptămîni, apoi la 3—4 săptămîni timp de 5—6 luni. Preparatul poate fi administrat şi intramuscular.

Scanned with OKEN Scanner

Scăderea leucocitelor sub 3 000/mm^3 și a trombocitelor sub 100 00/mm^3 impune oprirea tratamentului.

Se poate încerca în caz de eșec și Leukeranul (vezi Limfocitomul).

Din grupa citostaticelor cu acțiune antimetabolică (antagoniști ai acidului folic) se utilizează, cu efecte mai puțin marcate :

— methotrexat-ul, comprimate a 2,5 mg și fiole a 5 sau 50 mg acid 4-amino-N'(metil-10-pteroil) glutamic. Este un puternic citostatic, inclusiv pentru celulele măduvei hematogene și ale organelor limfopoietice, de unde frecvența de precocitatea fenomenelor secundare de leucopenie, trombocitopenie și anemie (se recomandă preventiv administrarea preparatului Leucovorin, care antagonizează aceste fenomene toxice). Doza uzuală este de 5—10 mg în doză unică, ce se administrează zilnic sau, după gravitatea afecțiunii și toleranță, la 2 sau 3 zile. Cura va fi condiționată ca durată de aceiași factori, prelungindu-se la mai multe săptămîni ;

c) **corticoterapia** este indicată în formele cu leziuni inflamatorii foarte întinse și pruriginoase, ca și în cursul puseurilor evolutive mai marcate. Posologia și durata curelor vor fi stabilite în funcție de intensitatea leziunilor și evoluție : Prednison 30—80 mg/24 de ore, Supercortisol 30—60 mg/24 de ore.

Se poate începe tratamentul prin corticosteroizi asociați eventual cu antibiotice sau cu citostatice și să se continue, după ameliorare sau stabilizarea leziunilor, cu acestea din urmă.

Ca medicație simptomatică antipruriginoasă, adjuvantă, se administrează :

— **sedative nervoase, hipnotice, neuroleptice** (vezi Eczemele), cu precădere Ciclobarbital, Fenobarbital, Hipnogal, Romergan, Meprobamat, Clordelazin și, mai ales, Levomepromazin (25—75 mg/24 de ore).

În fazele tardive, cu început de epuizare fizică, debilitate sau caşexie, se vor administra tonice generale (Sirop tonic, Tonofer, Vin tonic, Hecogen, Rovitrat, Neoanemovit etc.) și anabolizante (Naposim, Madiol, Clortestosteron acetat (vezi Arsurile, Pemfigusul, Lupusul eritematos acut).

TRATAMENTUL LOCAL

În cazurile în care această triplă medicație nu a dat rezultate se va recurge la radioterapie, care este una din metodele terapeutice cele mai eficace ale bolii.

Se practică toate formele, în raport cu aspectul (tipul) și întinderea leziunilor : superficială, teleroentgenterapie pe sectoare, contactterapie (Chaoul), aceasta din urmă constituind tratamentul de electie.

Izotopii radioactivi nu au ajuns la metode de aplicare standardizate.

Se vor utiliza loțiuni și mai ales mixturi antipruriginoase (vezi Pruriturile și Prurigourile) precum și băi generale călduțe, cu amidon (1/2 kg la o baie).

Pe leziunile limitate, reduse ca dimensiuni, se pot încerca unguente cu corticoizi : Locacorten, Synalar și Triamcinolon, sau cu citostatice (Methotrexat 0,1%, Clafen 1—2%), în pansamente oclusive.

Scanned with OKEN Scanner

XVI

TUMORI CUTANATE BENIGNE

NEVII

Sînt distrofii circumscrise de origine embrionară, care apar de la naştere, dar şi mai tîrziu, chiar la vîrsta adultă. Se deosebesc următoarele varietăţi anatomo-clinice :

a) **nevi pigmentari,** lentigo, mici pete lenticulare negre sau brune, plate, fără relief sau uşor proeminente, cu sediu ubiquitar. De obicei benigne, degenerează foarte rar în nevocarcinom ;

b) **nevi pigmentari maculoşi,** pete sau placarde „în suprafaţă", negre sau brune, glabre, cu contur neregulat, cu potenţial ridicat de malignizare spontană sau posttraumatică ;

c) **nevi pigmentari tuberoşi,** plăgi, emisferici sau globuloşi, pediculaţi, cu suprafaţa netedă sau mamelonată, moi sau elastici, uneori piloşi. De obicei benigni, degenerează excepţional ;

d) **nevi celulari acromici** (moi), asemănători celor precedenţi dar de culoare roz sau cenuşii, de regulă benigni ;

e) **nevi albaştri,** care îşi datorează culoarea sediului profund al pigmentului. De obicei benigni ;

f) **nevi verucoşi,** formaţiuni papilomatoase hiperkeratozice, plate, în plăci, sau liniari, zoniformi, uşor pigmentaţi. Nu se malignizează :

g) **nevi piloşi,** placarde adesea întinse, uşor proeminente, papilomatoase, pigmentate sau nepigmentate, acoperite de peri maturi sau puf, cu sediu ubicuitar, frecvent pe faţă şi regiunea lombo-sacrată ;

h) **nevi molluscum,** tumorete mici cît o gămălie de ac pînă la un bob de piper, de culoare roz sau brun-deschis, sesile sau pediculate, de consistenţă moale, congenitale sau apărînd după vîrsta de 40 de ani, mai frecvent la femei în menopauză, cu sediul de elecţie în jurul gîtului.

TRATAMENTUL GENERAL

Cum în cele mai multe cazuri pacienţii se prezintă cu leziuni nevice traumatizate involuntar sau maltratate, inflamatorii, adesea ulcerate, şi supurative prin infecţie secundară, este indicată de îndată o cură scurtă de

3—5 zile cu antibiotice: Penicilină 2 400 000 u./24 de ore, Eritromicină 2 g/24 de ore, Tetraciclină 2 g/24 de ore.

În nevii melanici suspectați de malignizare (vezi și Melanomul malign) este utilă și o cură de corticosteroizi, care se vor administra în doze medii (avînd o acțiune antiinflamatoare și, se pare, și antiproliferativă): Prednison 30—40 mg/24 de ore, supercortisol 20—30 mg/24 de ore, și, în continuare Superprednol (dexamethason), acesta avînd în doza de 1—2 mg/24 de ore o acțiune hipofizoinhibitoare.

TRATAMENTUL LOCAL

Comprese umede ușor antiseptice (Rivanol 1%, Fenosept diluat 1/5 sau acid boric 2%) și unguente cu antibiotice sau, cu corticoizi și antibiotice: Unguent tetraciclină 3%, Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu Saprosan.

Dacă procesul inflamator și ulcerația nu au dispărut după 2—3 zile de tratament se va proceda la distrugerea nevului prin electrocoagulare largă sau anestezie generală sau locală, prin refrigerație cu clorură de etil (kelen).

TUMORILE CHISTICE

Chistul dermoid este o tumoare cutanată sau subcutanată, rotund-ovoidă, remitentă sub o piele normală, conținînd peri, sebum, resturi de glandă sebacee, cartilaje sau os, cu sediul în anumite regiuni de elecție: coada sprîncenii, în jurul ochiului și perineal. Deseori se fac evidențiate prin infectare secundară cu supurație și fistulizare.

Chisturile sebacee sînt tumori prin retenție subepidermică, apar cu predilecție în anumite regiuni bogate în glande sebacee: spate, față, pielea capului, conținînd sebum, consistență molatecă sau remitentă, pseudofluctuentă. În vîrful său, situat pe epidermul de aspect normal sau ușor inflamator, chistul prezintă un punct negru comedonian. Adesea se infectează, supurează și se deschide spontan.

Chisturile epidermice (lupe) prezintă mari asemănări clinice cu chisturile sebacee, de care se deosebesc prin multitudinea lor, avînd dimensiuni variate, uneori voluminoși, absența punctului negru comedonian și o conexiune de un folicul pilo-sebaceu, ereditate frecventă, localizare cu predilecție în pielea capului și scrot, precum și prin prezența în înveliș a unui epiteliu cu structură histologică normală. Conținutul este consistent constituit din keratină, care poate suferi secundar o degenerescență grăsoasă sau calcară.

Chisturile mucoase sînt mici tumori emisferice, moi sau elastice, fluctuente, ușor translucide, care apar pe mucoasa buzei (de obicei a celei inferioare) și mai rar a uretrei. Se formează pe seama glandelor mucoase, prin retenția substanței mucoase secretate de acestea. O formă particulară o constituie chistul mucoid sau sinovial al degetelor, situat în vecinătatea articulației interfalangiene distale.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL LOCAL

Îndepărtarea tumorilor se face prin exereză chirurgicală sau electrocoagulare.

În leziunile chistice supurate, desdhise spontan sau chirurgical, se vor face (vezi şi furunculul) :

— băi călduţe sau inigaţii (cu seringa) cu soluţii slab antiseptice : Rivanol 1/2 000, acid boric 2%, Fenosept 1/1 000, permanganat de potasiu 1/10 000, apoi :

— atingeri cu soluţie de violet de genţiană 1% şi

— aplicaţii de pudre de Sulfatiazol 10%, Neomicină 1% sau Cloramfenicol 3—5%, în lactoză.

După aseptizare şi dispariţia reacţiei inflamatorii se va proceda, dacă este cazul, la distrugerea tumorii chistice prin electrocoagulare sau excizie chirurgicală.

TRATAMENTUL GENERAL

În formele infectate secundar ale diferitelor tipuri de chisturi se vor administra înaintea intervenţiei locale, scurte cure de antibiotice : Penicilină G sodică sau potasică, 2 400 000 u./24 de ore, Eritromicină 2 g/24 de ore sau Tetraciclină 2 g/24 de ore.

LIPOAMELE

Sînt tumori conjunctive benigne, cu sediul în hipoderm, datorite unei hiperplazii a ţesutului adipos. Sînt lobulate, de mărimi variabile de la un bob de mazăre la o portocală. Mai rar unice, de obicei multiple, moi, pseudofluctuente sau semidure (fibrolipom), de obicei indolore şi mobile, apar adesea în puseuri. Localizarea este ubicuitară, mai frecvent pe membre, abdomen, ceafă. Nu există raporturi directe între titrul grăsimilor în sînge şi lipomatoză.

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat în formele cu leziuni multiple şi în continuă erupţie ; se utilizează medicaţii care intervin în metabolismul grăsimilor (vezi şi Dislipoidoza) :

— Tiroidă, cîte 1—2 drajeuri a 0,075 sau 0,125 g/24 de ore, cîte 4—5 zile pe săptămînă, 3—4 săptămîni ;

— Vitamină A, cîte 100 000 u./24 de ore din soluţia uleioasă (flacoane pentru uz intern a 150 000 u.) sau fiole a 300 000 u. (eventual per os), una la 2 zile, în cure de 30—45 de zile ;

— Heparină lipocaică, 3—6 comprimate/24 de ore sub limbă pentru a se topi cît mai încet ;

— Mecopar forte, cîte 2—3 comprimate/24 de ore (după mese) ;

— regim alimentar sărac în grăsimi şi glucide.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL LOCAL

Constă în excizia chirurgicală a celor mai mari, jenante estetic şi subiectiv.

Se mai poate încerca electrocoagularea punctată a uneia sau mai multor tumori, la intervale de 2—3 săptămîni, uneori cu efecte favorabile asupra celorlalte puncte printr-un mecanism probabil enzimatic (Longhin).

FIBROAMELE CUTANATE

Fibroamele cutanate constituie un grup complex de tumori conjunctive benigne, histologic formate din histiocite şi fibroblaşti. După predominanţa tipului celular se disting fibroame şi histiocitoame. Clinic există două tipuri principale :

a) Fibromul sau nevii *molluscum,* sînt tumorete de origine congenitală sau disembrioplazică, moi, flaşte, cu suprafaţa ridicată de culoarea pielii normale sau uşor pigmentaţi. Cel mai adesea sînt de dimensiuni mici, cît o gămălie de ac pînă la un bob de piper ; unele sînt sesile, cele mai multe însă pediculate. Apar diseminate sau grupate pe o anumită regiune, îndeosebi pe gît şi toracele superior. Se întîlnesc în cursul unor neuro-ectodermii (epiloia şi boala Recklinghausen), şi la femei, începînd de la vîrsta de 35—40 de ani. Nevii *moluscum,* pediculaţi, de dimensiuni mai mari (bob de mazăre sau nucă) constituie tumorile mobile denumite *molluscum pendulum.*

b) Fibroamele dure sînt tumori rotunde de dimensiuni mici, cu diametrul variind între 3 şi 10 mm, uşor proeminente, parţial îngropate în piele, uneori emisferice sau globuloase, de culoare alb-roz, gălbui sau brun-deschis şi de consistenţă dură ; sînt unice sau multiple, şi au un sediu ubicuitar, frecvent pe membre, în special pe cele inferioare. Apar în mod spontan sau consecutiv unor traumatisme. Evoluţia este lungă, indefinită şi întotdeauna benignă. O varitate particulară o constituie fibromul solitar, uneori congenital, de dimensiuni mult mai mari (fibromul gigant) care merg pînă la acelea ale unei alune sau nuci, brun, cu tendinţă la ulcerare.

Histiocitomul constituie mai mult o varietate histologică a fibroamelor decît o entitate anatomo-clinică propriu-zisă. Aspectul clinic şi evoluţia sînt identice cu ale fibroamelor, cel mai adesea fiind vorba de tumori unice, roz-gălbui, nepigmentate.

TRATAMENTUL LOCAL

Se va proceda la ablaţia chirurgicală sau, preferabil, la distrugerea prin electrocoagulare.

În forma tumorală gigantă ulcerată se vor face aplicaţii de unguente cu Tetraciclină 3%, Neomicin 1% sau Cloramfenicol 3%, ori cu corticoizi şi antibiotice : Cornemin, Synalar N şi Triamcinolon cu Saprosan.

Scanned with OKEN Scanner

După dispariţia supuraţiei şi reacţiei inflamatorii se va proceda ca în formele neulcerate, fie la distrugere prin electrocoagulare, fie la ablaţia chirurgicală.

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat numai în forma cu leziune tumorală gigantă, ulcerată, secundar infectată ; se vor administra înainte de intervenţia locală antibiotice : Penicilină G, Eritromicină, Tetraciclină (vezi Piodermitele), în cure scurte de 3—4 zile.

CHELOIDUL

Este o tumoare benignă, cu structură anatomică fibroasă (fibrom), de culoare roşie, elastică sau dură, proeminentă, bombată sau plată, de dimensiuni şi forme variate, însoţindu-se de senzaţii de durere, înţepături sau mîncărime.

Simptome. Apare cu predilecţie la indivizii tineri cu predispoziţie, fie spontan, fie consecutiv leziunilor produse de traumatisme mecanice (plăgi traumatice banale şi chirurgicale), tatuaje chimice şi fizice (arsuri de gradul al II-lea şi al III-lea), fie unor leziuni cutanate inflamatorii (foliculite, acnei, lupus TBC, herpes zoster etc.), identificîndu-se cu procesul cicatriceal al acestora (cicatrice cheloide). Sediile de elecţie ale cheloidelor sînt : toracele superior, cu predilecţie zona presternală, umerii şi rădăcina braţelor, antebraţelor, gîtul, faţa.

Evoluţia este cronică, fără tendinţa la resorbţie spontană.

TRATAMENTUL GENERAL

Este rar utilizat. În faza de constituire a cheloidelor spontane sau cicatriceale cheloidiene se administrează :

— Hialuronidaza (Hyason sau Tilase), cîte 1—2 fiole a 150 u./24 de ore (intramuscular), în cure de 20—30 de zile, eventual în asociere cu

— corticoterapie în doze medii (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore), în cure de 20—30 de zile.

Tratamentul îşi găseşte indicaţii îndeosebi în perioada de cicatrizare a ansurilor. El va putea fi prelungit sau reluat după o scurtă pauză de la terminarea cicatrizării acestora.

TRATAMENTUL LOCAL

Se practică cu rezultate satisfăcătoare :

— infiltraţii cu Hialuronidază : Hyason sau Tilase, fiole a 150 u.i., în amestec cu Xilină sau Procainã 2% şi infiltraţii cu Hidrocortizon sau Supercortisol, cîte o fiolă a 25 mg amestecată în părţi egale cu Xilină sau Procainã 2%.

Infiltraţiile se fac strict intralezional, la 5—7 zile interval, în cît mai multe puncte ale tumorii ;

Scanned with OKEN Scanner

— ionizări cu Hialuronidază : o şedinţă la 2—3 zile, în serii de 12—15.

În cazurile soldate cu eşec la tratamentele de mai sus se poate recurge la procedee fizioterapice :

— crioterapie sub presiune puternică şi durată lungă (se va asocia infiltraţiilor) ;

— radioterapie, de obicei contacterapie (Cahoul) sau radiuterapie (în servicii de specialitate).

ANGIOAMELE (NEVII VASCULARI)

Angioamele sînt pete sau tumori de natură vasculară, congenitale, rezultînd dintr-o hiperplazie cu ectazie a vaselor neoformate. Există trei varietăţi anatomo-clinice :

a) **Angioamele plane** apar ca pete roşii sau liliachii (pete de vin), cu suprafaţa de regulă plană, de întindere variabilă şi localizare ubicuitară, dar mai frecvent pe ceafă şi pe faţă ; adesea cuprind o jumătate întreagă a acesteia, cu interesarea părţilor profunde, respectiv mucoasa bucală şi scheletul osos. Angiomul plan apare de la naştere sau în jurul primelor luni ale vieţii, rămînînd apoi staţionar ;

b) **angioamele tuberoase** se caracterizează prin formaţiuni angiomatoase tumorale, proeminente, de culoare roşie-viu sau violacee, cu suprafaţa neregulată, boselată, uneori cu zone albe, sclerogene, de consistenţă semidură, depresibile la apăsare. Unice, mai rar multiple, de dimensiuni variabile, se localizează oriunde pe corp, cu predilecţie însă pe faţă, gît, pielea capului, buze, organele genitale. Apar de la naştere sau în primele luni, crescînd rapid în volum şi suprafaţă. Adesea se ulcerează, putîndu-se infecta secundar şi sîngera ;

c) **angioamele subcutanate sau cavernoase** pot rămîne pure, adesea fiind subiacente unui angiom tuberos ; sînt depresibile la apăsare. Apar la copil, dar şi la adult, evoluînd de obicei lent, adesea tardiv depistate.

TRATAMENTUL LOCAL

Electrocoagularea punctată în şedinţe repetate la 15—30 de zile constituie procedeul de electie.

În angioamele tuberoase voluminoase şi în cele mixte, tratamentul local poate fi început prin injecţii intenstiţiale cu soluţii sclerozante, care prezintă avantajul de a grăbi dispariţia tumorii sau de a o face mai accesibilă distrugerii prin electrocoagulare sau îndepărtării ei chirurgicale.

Se utilizează în acest scop :

— Moruat de sodiu, fiole conţinînd soluţie apoasă 5%. Soluţia pentru scleroza interstiţială se obţine diluînd de cinci-şase ori soluţia mamă (5%), respectiv o soluţie de 0,8—1% Moruat de sodiu. Pentru a se tatona reacţia fisulară şi individuală se va începe cu o diluţie de 1/10, trecînd ulterior, în şedinţele următoare, la diluţia de 1/5 ; dacă reacţia inflamatorie nu a fost prea mare se injectează 1—2 ml, în puncte diferite, după ce se va asigura prin aspiraţie că acul nu este într-un vas. Injecţiile nu se vor face prea superficial, deoarece pot produce ulceraţii

necrotice, care se cicatrizează lent. Şedinţele se fac la intervale de 7—15 zile, în funcţie de reacţia inflamatorie. În general sînt suficiente 4—6 şedinţe ;

— se mai poate utiliza soluţia de clorhidrat dublu de chinină şi uree 20%, care se va injecta în aceeaşi soluţie de 1/5—1/6 ;

— pentru a preveni reacţiile durenoase imediate se va anestezia regiunea prin infiltraţii peritumorale cu Xilină 0,5%.

Uneori, rezultatele prin injecţii sclerozante sînt atît de bune încît nu mai este necesar nici un alt tratament.

De cele mai multe ori, însă, tratamentul sclerozant va fi completat prin alte procedee : electrocoagulare punctată, în şedinţe lunare sau bilunare ; excizie chirurgicală (în angioamele cavernoase voluminoase, şi în care scleroza poate fi efectuată la adult chiar intravascular) ;

— radio- şi radiuterapie (se vor efectua cu mare prudenţă ; contraindicate la copiii foarte mici) ;

— crioterapia este indicată în angioamele plane şi în scop corectiv în cele tratate prin alte procedee.

TRATAMENTUL GENERAL

În angioamele tuberoase ulcerate, adesea infectate secundar şi însoţite periodic de hemoragii se vor administra :

— **antibiotice** (vezi Piodermitele) : Penicilină G, sodică sau potasică, în doze de 400 000—1 600 000 u./24 de ore, în funcţie de vîrstă; Eritromicina 1 g/24 de ore sau Tetraciclina 0,5—1 g/24 de ore (în drajeuri a 125 mg sau, preferabil, sub formă de pulbere de Tetraciclin complex, conţinînd 20 mg Tetraciclină la 500 mg pulbere (o măsură rasă). Doza este de 20 mg Tetraciclină/kilocorp/24 de ore, în 4 prize, la intervale de 6 ore. Se va include şi iaurt în alimentaţia copilului, fără a se asocia complexul vitaminic, deoarece acesta este conţinut în preparatul Tetraciclin complex ;

— **hemostatice :** Vitamină K, la sugari o fiolă/24 de ore, timp de 3 zile ; la copiii mai mari de 1 an : 1—2 fiole/24 de ore, 3—4 zile ; Vitamină C 0,25—0,50 g/24 de ore în caz de hemoragii prelungite sau repetate :

— Venostat, fiole a 1 ml, conţinînd 1 u. Klobusitzki/ml hemocoagulază, fracţiune coagulantă purificată, izolată din veninul şerpilor *Bothrops jararaca* şi *Lachesis atrox.* La copii se administrează cîte 0,3—0,5 ml (1/3—1/2 fiole)/24 de ore subcutanat sau intravenos lent (această cale este utilizată cînd se urmăreşte un efect prompt) ;

— Adrenostazin, fiole conţinînd 0,001 5 (1,5 mg) şi, respectiv, 50 mg adrenocromisemicarbazonă, cîte 1/2—1 fiole a 1,5 mg intravenos, preferabil în perfuzii lente în soluţie glucozată sau salină izotonică.

LIMFANGIOAMELE

Sînt malformaţii tumorale congenitale care apar de la naştere sau mai tîrziu, datorîndu-se unei hiperplazii şi dilataţii a vaselor limfatice. Frecvent există o participare mixtă, limfatică şi sanguină (hemo-limfangiom). Se deosebesc trei tipuri clinice :

Scanned with OKEN Scanner

a) **limfangiomul superficial** apare sub formă de pseudovezicule grupate în placarde, de culoare roz, albă-cenuşie sau roşie-pestriţ. Adesea suprafaţa este hiperkeratozică, verucoasă, la periferie observîndu-se vezicule izolate. Sediul tumorii este ubicuitar, dar mai frecvent pe membre, îndeosebi pe cele inferioare, pe limbă. Pseudoveziculele se rup spontan sau prin traumatizare, lăsînd să se scurgă în mod prelungit lichidul limfatic şi permiţînd infectarea lor secundară ;

b) **limfangiomul profund, dermo-hipodermic,** se prezintă ca o formaţiune tumorală molatică sau elastică, circumscrisă, uneori multiboselată şi prost limitată. Pielea supraiacentă este normală sau cu vezicule limfangiectazice grupate în placard, netede, uneori aspre, verucoase. Se localizează oriunde, mai frecvent pe feţele laterale ale gîtului, pe limbă, regiunea parotidiană ;

c) **limfangiomul subcutanat difuz** este constituit dintr-o hiperplazie a limfaticelor, voluminoasă şi întinsă în suprafaţă, cuprinzînd regiuni întregi, în special membrele şi organele genitale. Membrul atins, cel mai adesea cel inferior, este îngroşat diform, cu pahidermie verucoasă, confundîndu-se cu elefantiazisul (vezi şi Elefantiazisul).

TRATAMENTUL LOCAL

În limfangioamele subcutanate circumscrise se va încerca prealabil utilizării altor procedee tratamentul cu injecţii sclerozante, în speţă cu moruat de sodiu 5%, diluat 1/6 sau chiar 1/10 (vezi Angioamele).

Procedeul de elecţie îl constituie însă electrocoagularea punctată, în şedinţe repetate. În cele de pe baza limbii, inaccesibile acestui procedeu, se va recurge la radioterapie, iar la cele subcutanate, voluminoase, la excizie chirurgicală, procedeu care va fi încercat în extrem şi în limfangiomul profund difuz.

TRATAMENTUL GENERAL

În formele infectate se vor administra antibiotice (vezi Angioamele) : Penicilină G, sodică sau potasică, Eritromicină, Tetraciclină.

În limfangiomul profund difuz, cu pahidermie scleroasă şi verucoasă se va încerca un tratament cu hialuronidază (Hyason, Tilase, cîte 1—2 fiole a 150 u. i./24 de ore) în cure de 1—2 luni (vezi şi Elefantiazisul).

VERUCA SEBOREICĂ

De obicei multiplă, este reprezentată de formaţiuni papuloase, keratozice, rotund-ovalare, perfect delimitate, plane sau uşor emisferice, cu dimensiuni variind între 5 şi 20 milimetri în diametru. Depozitul keratozic de la suprafaţă este cenuşiu-murdar sau brun, cu aspect grăsos ; el se detaşează relativ uşor prin zgîriere cu unghia sau spălat cu apă şi săpun. Există şi o varietate „tumorală", cu leziune de obicei unică, vegetantă, globuloasă, cu pori dilataţi şi dopuri comedoniene ; este voluminoasă (1—5 cm

Scanned with OKEN Scanner

în diametru) şi adesea strangulată la bază ; ulcerează uşor, infectîndu-se secundar, şi supurează.

Apar la indivizi de vîrstă mijlocie şi înaintată (după 40 de ani), avînd ca sediu trunchiul, faţa şi, mai rar, dosul mîinilor, în număr foarte mare, în puseuri eruptive.

Etiologia este discutată : există argumente în sprijinul ambelor teorii emise, infecţie virotică sau distrofie cutanată, în care joacă rol vîrsta şi predispoziţia constituţională.

TRATAMENTUL

În verucile seboreice de dimensiuni reduse, incipiente, se vor practica cauterizările chimice cu :

— acid tricloracetic 33—50% în alcool de 70°, la intervale de 7—15 zile ; fenol 50—80%, în alcool de 90° sau podofilină 25% în vaselină sau vaselină şi lanolină în părţi egale (vezi Vegetaţiile neveneriene şi Epitelioamele).

În leziunile mai vechi, mai voluminoase, tratamentul de elecţie îl constituie electrocoagularea superficială.

Alte procedee utilizate : cauterizarea cu azot lichid şi corticoterapia.

KERATOACANTOMUL

Tumoare cutanată benignă, de origine probabil pilo-sebacee, avînd ca sediu de predilecţie părţile descoperite (obrazul şi dosul mîinilor).

Simptome. De cele mai multe ori unică, se prezintă ca o proeminenţă emisferică, cu diametre variabile, avînd două zone relativ bine distincte : una periferică, roz-gălbuie, lucioasă, netedă, presărată cu telangiectazii, şi alta centrală, uşor deprimată, crateriformă, ocupată de o masă cornoasă, verucoasă. Involuţia spontană pînă la dispariţia totală a leziunii este inconstantă. Transformarea malignă este posibilă. Recidivele *in situ* sînt citate, rare în keratoacantomul obişnuit, dar foarte frecvente în aşa-zisul „keratoacantom centrifug". Acesta este o varietate clinică rară, caracterizată printr-o tendinţă la extindere periferică şi supuraţie, pe cînd centrul prezintă o involuţie cu aspect de aparentă vindecare.

Etiologia infecţioasă (virotică) a keratoacantomului este discutabilă.

TRATAMENTUL LOCAL

Electrocoagularea cît mai completă constituie procedeul de elecţie. Unii autori practică excizia chirurgicală.

TRATAMENTUL GENERAL

În formele cu supuraţie, în special în keratoacantomul centrifug, este indicat ca înainte de distrugerea tumorii să se facă o scurtă cură cu anti-

Scanned with OKEN Scanner

biotice : Penicilină G, sodică sau potasică, 2 400 000—3 200 000 u./24 de ore, Eritromicină 2 g/24 de ore, Cloramfenicol 1 g/24 de ore sau Tetraciclină 2 g/24 de ore. Aceasta din urmă poate fi administrată şi în formele cu leziuni multiple, nesupurate, în ideea etiologiei virotice posibile, în doze zilnice crescute şi în cure de cel puţin 10—15 zile.

Scanned with OKEN Scanner

XVII

DERMATOZELE PRECANCEROASE

LEUCOPLAZIA

Leucoplazia este o leziune keratozică particulară a mucoaselor bucale şi genitale, avînd un important potenţial de transformare malignă.

Simptome. Clinic se caracterizează prin apariţia unor plăci albicioase-cenuşii, circumscrise, de întindere variabilă, fără relief. Suprafaţa este netedă sau cadrilată. Sediul cel mai frecvent îl constituie mucoasa bucală, dosul limbii, faţa internă a obrajilor şi buzele. Leucoplazia bucală este apanajul aproape exclusiv al bărbatului, fiind observată rar la femeie.

Etiologie. Se atribuie un rol tutunului, iritaţiilor mecanice produse de proteze şi de colţi dentari, curenţilor electrogalvanici care apar în gură ca urmare a prezenţei diferitelor metale şi amalgame, diabetului şi sifilisului ca factori predispozanţi de teren. Este probabil că intervine şi un factor de predispoziţie constituţională.

În cazul localizării genitale, leucoplazia apare mai rar pe mucoasa sănătoasă ; cel mai adesea survine secundar, complicînd o leziune preexistentă, în special kraurozisul vulvar şi penian, balanita sclero-atrofică etc.

Evoluţia leucoplaziei este variabilă. În formele incipiente dispare adesea după îndepărtarea factorilor iritativi (îndeosebi cele tabagice retrocomisurale) ; în formele mai vechi, leziunile sînt ireversibile şi pot suferi complicaţii, mai ales dacă persistă factorii iritativi : fisuri, ulceraţii torpide, cronice (ulcerul leucoplazic Darier), hiperplazie verucoasă („leucoplazie verucoasă"), stare atrofică cu ulceraţie şi, în final, transformarea canceroasă.

TRATAMENTUL GENERAL

Fiind vorba de o afecţiune precanceroasă, profilaxia leucoplaziei are un rol important. Aceasta se realizează prin reducerea şi chiar suprimarea fumatului ; se va păstra o bună igienă bucală (prin îngrijirea dinţi-

lor cariaţi, extragerea sau pilirea colţilor ascuţiţi şi tăioşi, îndepărtarea tartrului) ; se vor evita alimentele iritante, alcoolurile tari, se vor corecta şi trata diabetul şi sifilisul.

Ca medicaţii protectoare şi epitelizante ale mucoaselor sînt indicate, îndeosebi în leucoplaziile întinse, difuze ale cavităţii bucale :

— Vitamină A, soluţie uleioasă buvabilă, cîte un flacon a 150 000 u. pe săptămînă sau o fiolă conţinînd 200 000 u. Vitamină A în soluţie uleioasă la 2—3 zile, intramuscular profund. Se mai poate administra în drajeuri a 10 000 u., cîte 5—10/24 de ore sau sub formă de Vitamină A palmitat, hidrosolubilă, cîte 20—50 de picături/24 de ore din soluţia buvabilă sau cîte 1/2—1 fiolă (20 000—40 000 u./24 de ore, intramuscular, curele durează 30—45 de zile) ;

— Pantotenat de calciu, fiole conţinînd 0,5 g calciu pantotenic, cîte una pe zi, intramuscular profund (eventual cu puţină xilină 1—2 %) sau *per os*, conţinutul fiind diluat în puţină apă ;

— Panthenol comprimate a 100 mg, fiole a 0,5 g şi soluţie 5% alcool pantotelic ; se administrează cîte 2—6 comprimate/24 de ore (de supt), o fiolă/24 de ore subcutanat sau intramuscular ;

— corticoterapia : în formele cu leziuni multiple, întinse, extensive şi difuze se administrează în doze medii (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore), în cure de 10—15 zile.

TRATAMENTUL LOCAL

În formele cu leziuni bucale întinse, difuze, se fac atingeri cu soluţie de Panthenol (vezi mai sus) ca atare sau diluată 1/1 cu apă, sau în gargarisme 1/10.

În cele circumscrise, de dimensiuni reduse, electrocoagulare superficială.

KERATOZA SENILĂ ŞI SOLARĂ

Este o leziune degenerativă, constînd într-o hiperkeratoză circumscrisă, de aspect verucos, care apare pe părţile descoperite, de predilecţie de faţă, la persoane vîrstnice, predispuse, după 50 de ani, mai frecvent la blonzi şi care s-au expus excesiv radiaţiilor solare.

Simptome. Rar unice, de obicei multiple, keratozele senile debutează prin pete gălbui-brune, prost delimitate, cu contur neregulat, aspre la pipăit. Hiperkeratoza se accentuează cu timpul, petele căpătînd relief, cu suprafaţa neregulată, rugoasă ; în forma ei cea mai exuberantă ia aspectul de mici plăci cornoase sau chiar de corn cutanat. Scuama cornoasă este foarte aderentă şi încercarea de a o detaşa produce sîngerări.

Evoluţie. Keratoza senilă poate persista ca atare ani de zile, unele indefinit, altele însă se infiltrează, transformîndu-se într-un epiteliom, fie bazocelular, fie mai frecvent spinocelular.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

Profilactic se vor aplica, la cei cu predispoziţie şi obligaţi prin natura profesiunii să se expună luminii solare, topice fotoprotectoare pe bază de Romavit şi PAS (vezi Efelidele).

Unii autori recomandă cu acelaşi scop profilactic Vitamina A (vezi Leucoplazia).

TRATAMENTUL LOCAL

Cele netransformate vor fi distruse, în scop estetic şi pentru profilaxia cancerului cutanat, prin procedee chimice : — acid tricloracetic 33—50% în soluţie apoasă sau, preferabil, alcoolică, fenol 50—80% ;

— soluţie alcoolică (alcool de 90°) sau podofilină 25% în pomadă, sau alcool de 90° (de obicei este suficientă o singură aplicaţie de 8—10 ore, după o prealabilă atingere cu o soluţie de fenol 30%) ; sau prin procedee fizice, electrocoagularea superficială constituind pentru cei mai mulţi procedeul de elecţie.

Keratozele uşor infiltrate şi ulcerate, pe cale de transformare, vor fi tratate ca mai sus, iar cele net transformate (verificare prin examen anatomopatologic) vor fi tratate ca un epitelîom, prin radioterapie.

MELANOZA CIRCUMSCRISĂ PRECANCEROASĂ DUBREUILH

Este o leziune maculo-pigmentară de natură nevică, dar cu apariţie tardivă, după vîrsta de 40 de ani.

Simptome. Se prezintă ca o pată brună, bine delimitată, plană sau uşor reliefată şi mamelonată, cu contur neregulat, adesea policiclic, care creşte în decurs de luni şi ani, putînd ajunge la dimensiuni apreciabile. Caracteristică afecţiunii este continua remaniere, ca dimensiuni, ca contur şi ca nuanţă de pigmentare alături de zone intens pigmentate în brun se găsesc zone mai slab pigmentate sau chiar acromice, ca şi cum pigmentul ar fi fost resorbit. Melanoza Dubreuilh posedă o importantă capacitate de transformare malignă, care survine de obicei tardiv, dar nu obligatoriu. Se mai vorbeşte de o malignitate relativă a melanomului malign rezultat. Sediile obişnuite sînt : faţa, spatele, mai rar dosul picioarelor şi al mîinii, foarte rar conjunctiva, vulva, mucoasa bucală.

TRATAMENTUL GENERAL

În formele suspectate de transformare, ulcerate şi secundar infectate se vor administra înaintea intervenţiei antibiotice :

— Penicilină G sodică sau potasică, 2 400 000 u./24 de ore sau Tetraciclină 2 g/24 de ore, timp de 5—7 zile ;

— corticoterapie în doze mici : Prednison 20—30 mg/24 de ore, Supercortisol 20—25 mg/24 de ore şi, mai ales, Superprednol (Dexametason) 1—2 mg/24 de ore, în cure de 3—4 săptămîni, acestea intervin,

Scanned with OKEN Scanner

atît prin acţiunea lor antiinflamatorie, cît mai ales antimitotică (probabil şi prin inhibiţie hipofizară).

TRATAMENTUL LOCAL

Pe leziunile ulcerate se vor aplica înaintea intervenţiei, timp de 24—48 de ore, unguente conţinînd antibiotice, eventual în asociaţie cu corticosteroizi : Unguent tetraciclină 3% sau Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan (de trei, patru ori pe zi).

Distrugerea se va face prin electrocoagulare largă, în suprafaţă şi profunzime, sub anestezie generală cu clorură de etil (Kelen) (infiltraţiile cu Procaină sau Xilină sînt contraindicate).

BOALA BOWEN

Diskeratoză cu evoluţie malignă, relativ rar întîlnită, localizîndu-se atît la nivelul pielii, cît şi la acela al mucoaselor (bucale şi mai ales genitale), unde leziunile sale se confundă voit cu eritroplazia Queyrat.

Simptome. Dermatoza se manifestă obişnuit prin elemente discoide, rotund-ovalare sau în placarde, cu margini curbilinii, uşor infiltrate şi proeminente, tuntite, de talie variabilă, cu suprafaţa neregulată, aspră, acoperită de un strat hiperkeratozic, verucos. Leziunile pot fi unice, de multe ori multiple, avînd uneori ca factor favorizant o intoxicaţie cronică arsenicală. Sînt de vîrste diferite, cele incipiente traducîndu-se prin simple pete roz-gălbui, scuamoase, psoriaziforme. Pe mucoasa glandului şi a vulvei, boala Bowen sau eritroplazia se manifestă multă vreme sub forma unor pete roşii cu diametrul de 10—20 mm, cu contur regulat, rotunjit sau policiclic. Suprafaţa este plană, lucioasă, uşor catifelată. Evoluţia bolii Bowen se face schematic în două faze : prima, cu evoluţie benignă, durînd ani sau chiar zeci de ani, a doua fază este marcată de schimbarea mai mult sau mai puţin bruscă a aspectului leziunilor vechi : pe lîngă apariţia de noi elemente, cele vechi cresc, se ulcerează, secretă, suprafaţa devine papilomatoasă, vegetantă. Este faza de transformare malignă, de regulă într-un epiteliom spinocelular ulcero-vegetant.

TRATAMENTUL LOCAL

Pentru distrugerea leziunilor, inclusiv a celor incipiente, neulcerate, se va utiliza ca procedeu de electie electrocoagularea. Se mai pot folosi podofilina 25% în unguent sau soluţie alcoolică 90°, în aplicaţii de cîte 8—10 ore zilnic sau la două zile, în total 4—8 aplicaţii (în funcţie de intensitatea leziunilor şi de rezultatele obţinute). Unii autori preferă excizia chirurgicală, alţii radioterapia de contact (Chaoul).

Leziunile ulcerate şi infectate secundar, eventualitate frecventă în boala Bowen a mucoaselor, se vor face :

— spălături (irigaţii), băi sau comprese umede cu soluţii slab antiseptice (acid boric 2%, permanganat de potasiu 1/10 000, Fenosept 1/1 000 etc.) ; apoi

Scanned with OKEN Scanner

— aplicații de unguente cu antibiotice (Tetraciclină 3% sau Neomicin 1%) sau, preferabil, cu antibiotice și corticosteroizi : Cornemin, Synalar N și Triamcinolon cu saprosan.

TRATAMENTUL GENERAL

În formele ulcerate, infectate secundar, cu adenopatii regionale, este indicată o scurtă cură de cîteva zile cu antibiotice pentru a îndepărta eventuala natură inflamatorie a adenopatiei : Penicilină G, sodică sau potasică, 2 400 000 u./24 de ore ; Cloramfenicol 1 g/24 de ore, Tetraciclină 2 g/24 de ore.

În cazurile de intoxicație arsenicală cronică (profesională sau prin tratamente dentare) se vor administra agenți chelatori (vezi Alergodermiile medicamentoase și Eritrodermiile medicamentoase), ca Edetamin, DMP, precum și Tiosulfat de sodiu, fiole cu soluție 20%, cîte una pe zi, intravenos, și Vitamină C, 1—1½ g/24 de ore.

BOALA PAGET

Boală precanceroasă particulară localizată în majoritatea cazurilor pe sîn, la femei după 40 de ani. Este mult mai rar întîlnită extramamar, de obicei în zone cu glande apocrine (ombilic, axilă, față și, mai ales, regiunea ano-genitală).

Simptome. Debutează sub forma unei simple eroziuni sau a unei mici plăci a mamelonului eritemato-scuamoasă, mai rar scuamo-cornoasă, verucoasă, de obicei unilaterală. Crustișoarele se produc continuu, lăsînd adesea după detașare o suprafață ușor zemuindă sau sîngerîndă. Evoluția este lentă, progresivă, extinzîndu-se în luni sau ani la areolă, pe care însă o poate depăși, afectînd și pielea vecină. În acest stadiu, leziunea se prezintă ca un placard eritematos ușor infiltrat, zemuind, foarte eczematoid. Evoluția bolii Paget este cronică și malignă ; între 2 și 10 ani de la debut se produce cancerizarea, fie cu precesiunea pielii sau a glandei mamare, fie concomitent a ambelor ; inițial localizat intraepidermic, carcinomul devine apoi invadant, evoluînd obișnuit, relativ lent, cu metastaze ganglionare și, ulterior, viscerale.

TRATAMENTUL LOCAL

Este cel mai important și constă în ablația sînului, cu sau fără evidare ganglionară (în raport cu stadiul evolutiv al leziunilor).

În formele foarte incipiente, superficiale, tratamentul propriu-zis al afecțiunii se poate limita la electrocoagulare largă în suprafață și mai ales în profunzime, verificîndu-se însă obligatoriu din țesutul electroexcizat, într-un prim timp, prin examen histopatologic, eventualele atingeri ale canalelor galactofore și dacă acestea prezintă cele mai mici semne de alterare celulară, se va proceda cît mai grabnic la ablația chirurgicală a sînului.

Scanned with OKEN Scanner

În localizările extramamare, tratamentul constă în radioterapie de contact (Chaoul), sau electrocoagulare (urmată eventual, după cicatrizare, de radioterapie).

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi acela al epiteliomului spinocelular sau acela al carcinomului sudoripar. Se pot administra, înainte sau concomitent cu tratamentul local :

— hormoni androgeni (Testosteron, Testolent) ;

— citostatice : Clafen, Girostan, Methotrexat (vezi Micozisul fongoid) ;

— corticoterapie în doze de atac, mari (Prednison 40—60 mg/24 de ore, Supercortisol 30—50 mg/24 de ore) şi, în continuare, Dexamethason (Superprednol) 1—2 mg/24 de ore, timp de 1—2 luni, ultimul cu acţiune inhibitorie hipofizară.

În formele ulcerate întinse, infectate secundar, se vor administra antibiotice (Penicilină G, Eritromicină, Tetraciclină) (vezi Piodermitele).

XERODERMA PIGMENTOSUM

Este o distrofie cutanată ereditară şi familială, rară, transmisibilă cu regularitate după tipul recesiv. Se manifestă printr-o hipersensibilitate a pielii la lumină (fotodermatoză) şi leziuni polimorfe consecutive, avînd un mare potenţial de cancerizare. Leziunile sînt mai intense la copiii blonzi sau roşcaţi.

Simptome. Debutează în copilărie, primăvara sau vara, prin pete eritematoase sau leziuni buloase, situate pe părţile descoperite. Pielea prezintă o uscăciune exagerată. O dată cu recidivele estivale regulate, constituite din erupţii cu noi leziuni eritemato-buloase, apar şi se înmulţesc pete pigmentare brune-deschis sau închis, de tipul efelidelor şi lentigoului, telangiectazii şi pete atrofice albe, conferind pielii feţei, gîtului şi membrelor un aspect pestriţ *(poikilodermic)* caracteristic. Frecvent există şi tulburări neuropsihice şi somatice (nanism). După o perioadă de evoluţie variabilă ca durată, uneori precoce, leziunile atrofice, care interesează şi mucoasele conjunctivale şi labiale, duc la reacţii (ectropion conjunctival cu conjunctivită şi keratită, atrezie bucală şi nazală) ; totodată apar mici formaţiuni papilomatoase, verucoase, care se ulcerează şi devin burjonante, traducînd faza de transformare malignă spre epitelioame bazo- şi spinocelulare.

Evoluţia este indefinită, cu exitus înainte de vîrsta de 15 ani.

TRATAMENTUL LOCAL

Profilactic se vor aplica, pe vreme însorită, primăvara şi vara, topice fotoprotectoare pe bază de acid paraaminobenzoic (Romavit) şi acid paraaminosalicilic (PAS) (vezi Efelidele).

Scanned with OKEN Scanner

Curativ : se vor distruge în număr cît mai mare formaţiunile verucoase, făcîndu-se prin aceasta şi o profilaxie a malignizării. Procedeul de electie este electrocoagularea. Cele ulcerate, pe cale de transformare malignă sau abia transformate, vor fi electrocoagulate sau tratate prin aplicaţii zilnice sau la 2 zile cu Podofilină 25% (vezi Keratozele senile). Cele transformate cu localizare periorbitară sau pe mucoase vor fi tratate prin radioterapie.

Leziunile eruptive eritematoase, buloase şi pigmentare vor fi tratate eventual prin aplicaţii de unguente cu corticosteroizi : Cornemin, Locacorten, Synalar, Triamcinolon.

TRATAMENTUL GENERAL

Profilactic, pentru încetinirea evoluţiei leziunilor spre agravare şi cancerizare se vor utiliza :

— medicaţii cu proprietăţi fotoprotectoare şi fotodesensibilizante (vezi Lupusul eritematos cronic) ;

— antipaludice de sinteză : Clorochin, la copii cîte 5—10 mg/kilocorp/24 de ore (1/4—1 tabletă, în funcţie de vîrstă şi greutate) ;

— Vitamină PP, $^1/_4$—$1^1/_2$ comprimate a 100 mg/24 de ore, fracţionat în trei prize, după mese ;

— vitamină A, cîte 10 000—50 000 u.i./24 de ore din soluţia uleioasă buvabilă (flacoane a 5 ml, conţinînd 30 000 u.i./ml) sau drajeuri a 10 000 u.i., cîte 1—5/24 de ore, sau din soluţia apoasă buvabilă de Vitamină A palmitat, cîte 10—30 de picături/24 de ore, după vîrstă.

Toate aceste medicaţii se administrează în cure de 3—4 săptămîni, putînd fi repetate după pauze de 15—30 de zile ;

— corticoterapia este indicată în timpul puseurilor eruptive, primăvara ; se administrează în doze medii (Prednison 10—30 mg/24 de ore după vîrstă şi intensitatea erupţiei), în cure de 10—15 zile.

Scanned with OKEN Scanner

XVIII

TUMORILE MALIGNE ALE PIELII

EPITELIOAMELE CUTANATE

Sînt tumori maligne de origine epitelială, avînd ca punct de plecare epiteliul de înveliş şi al anexelor pielii.

După clasificarea clasică a lui Krompecher, epitelioamele se împart, în raport cu structura histologică, în bazocelulare şi spinocelulare, la care se pot adăuga forme intermediare sau mixte, acestea din urmă admise numai de unii autori.

1. EPITELIOAMELE BAZOCELULARE (pavimentoase atipice)

Sînt denumite bazocelulare pentru că celulele lar amintesc pe acelea ale stratului bazal al epidermului din care derivă. Numeroşi autori, reluînd concepţiile vechi, consideră că originea lor este în anexele pielii, iar autorii nord-americani (Adamson, Lever) atribuie epiteliomului bazocelular semnificaţia mai curînd a unei tumori nevoide (hamarton anorganic), derivînd din celulele embrionare (germen epitelial primar) decît a unui cancer adevărat.

Simptome. Epitelioamele bazocelulare îşi au sediul de preferinţă pe faţă, mai rar pe restul tegumentelor şi excepţional pe mucoase. Apar mai ales la adulţii vîrstnici de ambele sexe, dar cu destulă frecvenţă şi la adulţii tineri ; indivizii blonzi şi cei care lucrează mult la soare sînt mai predispuşi. Debutul se face după două modalităţi : a) direct în piele sănătoasă, prin mici ridicături albicioase, translucide, izolate sau grupate (perle epiteliomatoase), sau printr-o mică exulceraţie ; b) prin intermediul unor leziuni preexistente, considerate precanceroase, care suferă în cursul evoluţiei lor transformarea epiteliomatoasă. Între acestea sînt de amintit, ca deosebit de susceptibile de malignizare : keratozele senil-solare, keratozele veruciforme din *xeroderma pigmentosum* ş.a.

Epitelioamele bazocelulare sînt unice sau multiple, evoluează în general lent, multă vreme sub aspectul unor leziuni banale, cărora li se dă

Scanned with OKEN Scanner

puţină atenţie, şi au o malignitate pur locală, fără metastaze şi adenopatii regionale, care sînt cu totul excepţionale.

După aspectul pe care îl iau epitelioamele bazocelulare în cursul evoluţiei lor lungi se descriu mai multe tipuri clinice :

a) **epiteliomul perlat** cu varianta sa denumită *epiteliom plan cicatriceal*. Debutînd prin „perla epiteliomatoasă", realizează ulterior, prin gruparea mai multor elemente, o placă rotunjită-ovalară, cu centrul uşor deprimat şi cu periferia marcată de un chenar opalin-translucid, continuu sau perlat. Placa evoluează cel mai frecvent spre ulcerare şi, în unele cazuri, spre cicatrizare parţială (centrală) ;

b) **epiteliomul sclerodermiform** simulează o placă de sclerodermie, prezentînd frecvent pe suprafaţa sa un chenar albicios translucid şi mici ulceraţii ;

c) **epiteliomul bazocelular ulceros (ulcus rodens)** este o varietate care evoluează exclusiv printr-o ulceraţie cu mangini tăiate drept, uneori decolate, fără chenarul perlat caracteristic.

În forma sa gravă extensivă (epiteliomul terebrant) distruge ţesuturile în suprafaţă şi profunzime, inclusiv cartilajele şi osul subiacent, putînd invada cavitatea nazală şi sinusurile, cu importante mutilaţii ;

d) **epiteliomul vegetant, proeminent,** se poate prezenta sub două forme : 1) forma vegetantă turtită, realizînd o proeminenţă papilomatoasă cu suprafaţa mamelonată, sîngerîndă, rotund-ovalară sau, în cele mai voluminoase cu contur neregulat ; 2) forma nodulară, globuloasă, în care este vorba de proeminenţe unice, rar multiple, emisferice, evoluînd mult timp neulcerate, de culoare roz-gălbuie sau uşor pigmentate, ceea ce face să fie uşor luate drept nevi celulari. În unele cazuri, apariţia lor multiplă începe la vîrste tinere şi evoluează zeci de ani fără ulceraţie (epitelioame bazocelulare nevice) ;

e) **epiteliomul bazocelular superficial (pagetoid)** simulează prin aspectul său clinic boala Paget. Se prezintă sub forma unui placard eritematoscuamos, avînd un contur neregulat şi periferia marcată de un chenar foarte fin, filiform, albicios translucid. Pe suprafaţă pot apărea mici zone pigmentare şi, tardiv, ulceraţii. Evoluţia este extrem de lentă (10—15 ani) ;

f) **epiteliomul pigmentat** nu este o formă clinică autonomă ; teoretic, oricare din formele enumerate se poate pigmenta cu melanină, mai frecvent însă tipul perlat, cel plan cicatriceal şi cel nodular.

2. EPITELIOAMELE SPINOCELULARE (pavimentoase tipice sau cancroizi)

Sînt denumite ca atare de Krompecher din cauza prezenţei filamentelor de unire între celulele malpighiene ale maselor epiteliomatoase. Acestea îşi au originea în celulele bazale, suferind metamorfoze precipitate, asemănătoare celor epidermice normale.

Simptome. Epitelioamele spinocelulare au şi ele ca sediu preferenţial faţa şi, cu deosebită frecvenţă, buza inferioară, dar pot apărea oriunde pe corp. Ating, opus celor bazocelulare, cu mare frecvenţă mucoasele (bucală şi genitală) şi, netratate, au adesea o evoluţie malignă, cu adenopatii regio-

Scanned with OKEN Scanner

puţină atenţie, şi au o malignitate pur locală, fără metastaze şi adenopatii regionale, care sînt cu totul excepţionale.

După aspectul pe care îl iau epitelioamele bazocelulare în cursul evoluţiei lor lungi se descriu mai multe tipuri clinice :

a) **epiteliomul perlat** cu varianta sa denumită *epiteliom plan cicatriceal*. Debutînd prin „perla epiteliomatoasă", realizează ulterior, prin gruparea mai multor elemente, o placă rotunjită-ovalară, cu centrul uşor deprimat şi cu periferia marcată de un chenar opalin-translucid, continuu sau perlat. Placa evoluează cel mai frecvent spre ulcerare şi, în unele cazuri, spre cicatrizare parţială (centrală) ;

b) **epiteliomul sclerodermiform** simulează o placă de sclerodermie, prezentînd frecvent pe suprafaţa sa un chenar albicios translucid şi mici ulceraţii ;

c) **epiteliomul bazocelular ulceros (ulcus rodens)** este o varietate care evoluează exclusiv printr-o ulceraţie cu margini tăiate drept, uneori decolate, fără chenarul perlat caracteristic.

În forma sa gravă extensivă (epiteliomul terebrant) distruge ţesuturile în suprafaţă şi profunzime, inclusiv cartilajele şi osul subiacent, putînd invada cavitatea nazală şi sinusurile, cu importante mutilaţii ;

d) **epiteliomul vegetant, proeminent,** se poate prezenta sub două forme : 1) forma vegetantă turtită, realizînd o proeminenţă papilomatoasă cu suprafaţa mamelonată, sîngerîndă, rotund-ovalară sau, în cele mai voluminoase cu contur neregulat ; 2) forma nodulară, globuloasă, în care este vorba de proeminenţe unice, rar multiple, emisferice, evoluînd mult timp neulcerate, de culoare roz-gălbuie sau uşor pigmentate, ceea ce face să fie uşor luate drept nevi celulari. În unele cazuri, apariţia lor multiplă începe la vîrste tinere şi evoluează zeci de ani fără ulceraţie (epitelioame bazocelulare nevice) ;

e) **epiteliomul bazocelular superficial (pagetoid)** simulează prin aspectul său clinic boala Paget. Se prezintă sub forma unui placard eritematoscuamos, avînd un contur neregulat şi periferia marcată de un chenar foarte fin, filiform, albicios translucid. Pe suprafaţă pot apărea mici zone pigmentare şi, tardiv, ulceraţii. Evoluţia este extrem de lentă (10—15 ani) ;

f) **epiteliomul pigmentat** nu este o formă clinică autonomă ; teoretic, oricare din formele enumerate se poate pigmenta cu melanină, mai frecvent însă tipul perlat, cel plan cicatriceal şi cel nodular.

2. EPITELIOAMELE SPINOCELULARE (pavimentoase tipice sau cancroizi)

Sînt denumite ca atare de Krompecher din cauza prezenţei filamentelor de unire între celulele malpighiene ale maselor epiteliomatoase. Acestea îşi au originea în celulele bazale, suferind metamorfoze precipitate, asemănătoare celor epidermice normale.

Simptome. Epitelioamele spinocelulare au şi ele ca sediu preferenţial faţa şi, cu deosebită frecvenţă, buza inferioară, dar pot apărea oriunde pe corp. Ating, opus celor bazocelulare, cu mare frecvenţă mucoasele (bucală şi genitală) şi, netratate, au adesea o evoluţie malignă, cu adenopatii regio-

nale şi metastaze (îndeosebi cele de pe mucoase). Debutul se face, ca şi în cazul epiteliomului bazocelular, după două modalităţi : a) în piele sănătoasă, dar cel mai frecvent b) pe leziuni preexistente precanceroase (keratoze senile *xeroderma pigmentosum,* boala Bowen, boala Paget, radiodermite cronice, cicatrice de arsuri, leucoplazii etc.). Indiferent de modalitate, debutul clinic se traduce de obicei printr-o proeminenţă cornoasă circumscrisă, care se fisurează şi ulcerează (papilom cornos ulcerat) sau ia o dezvoltare exagerată („corn cutanat"). Mai rar, îndeosebi pe leziuni preexistente ulceroase, debutul mascat de ulceraţie se traduce prin infiltrarea marginilor şi a bazei.

O dată constituite, epitelioamele spinocelulare pot lua următoarele aspecte :

a) **epiteliomul ulcero-vegetant (cancroidul vulgar)** este cea mai frecventă formă şi se prezintă ca o proeminenţă vegetantă, ulcerată, cu suprafaţa neregulată, mai deprimată în centru şi cu marginile neregulate, festonate şi răzbuzate înspre pielea normală ;

b) epiteliomul spinocelular proeminent, vegetant, se dezvoltă sub forma unei tumori rotunjite, la început neulcerată, cu suprafaţa boselată, însă nu întîrzie să se dezvolte în suprafaţă şi înălţime, ulcerîndu-se ; devine burjonat, conopidiform şi se acoperă de cruste ;

c) **epiteliomul spinocelular superficial** este foarte rar întîlnit, constînd în infiltraţii circumscrise în suprafaţă, puţin profunde, care evoluează multă vreme neulcerate, cu tegumentele roşii, împăstate ;

d) **epiteliomul spinocelular ulceros endofitic** poate evolua de la început ca atare, dar mai frecvent se instalează pe leziuni ulcerative preexistente (radiodermite cronice ulcerate şi ulcere cronice survenite pe cicatrice fibroase vechi etc.) ; se traduce clinic prin simpla infiltraţie a marginilor şi a bazei, greu de sesizat clinic.

Evoluţia epitelioamelor spinocelulare este mult mai rapidă decît a celor bazocelulare, cu invadarea progresivă a ţesuturilor vecine ; invazia ganglionară variază ca frecvenţă şi precocitate, în raport cu sediul tumorii. În general, cancerele cutanate prind tardiv şi doar în proporţie de 5—10% ganglionii regionali, cele ale buzei în proporţie de 30—50%, în timp ce epitelioamele mucoaselor îi prind, mai devreme sau mai tîrziu, într-o proporţie de aproape 100%.

Noţiunile de epiteliom intermediar şi mixt, ca şi acelea de epitelioame ale glandelor anexe, sînt mai mult de ordin histologic, neavînd caractere clinice particulare.

TRATAMENTUL LOCAL

Procedeul de elecţie pentru distrugerea tumorilor epiteliomatoase, fie bazo-, fie spinocelulare, este radioterapia de contact (Chaoul), uneori cea superficială ; pentru unele localizări (pielea capului, peripalpebral) şi unele forme voluminoase se preferă excizia chirurgicală. În adenopatiile metastatice se utilizează evidarea de necesitate, urmată de radioterapie, iar numai cînd aceasta nu este posibilă se va aplica radioterapia semipene-

Scanned with OKEN Scanner

trantă. În epitelioamele cavității bucale sînt indicate radiu și în special cobaltoterapia.

Unele forme de epiteliom bazocelular (de dimensiuni mici și mijlocii, superficiale sau multiple, în special în epiteliomatoza multiplă survenită pe keratoze senile și solare) beneficiază de chimioterapice cu citostatice, și anume cu podofilină 25% în unguent (lanolină, vaselină āā p.e.) sau pastă cu apă simplă (se fac aplicații zilnice sau la două zile a cîte 8—10 ore), după care se îndepărtează cu ulei de vaselină, aplicîndu-se pînă la o nouă ședință, în caz de iritație, pasta sau un unguent cu antibiotice și corticosteroizi (Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan). Numărul aplicațiilor va fi de 6—12, în funcție de toleranță și rezultate. Pentru a se preveni dermita iritativă dureroasă de contact, se va încorpora Romergan (drajeuri pulverizate fin) 1—2%, iar tegumentele din jurul tumorii vor fi izolate cu colodiu. Este util ca tumorile să fie atinse în prealabil cu o soluție alcoolică de acid tricloracetic 33—50% sau de fenol 50—80%, eventual curățate.

În epitelioamele ulcerate și secundar infectate se va proceda la dezinfectarea lor prin spălături cu soluții antiseptice (Rivanol, Fenosept) și aplicare de unguente cu tetraciclină 3%.

TRATAMENTUL GENERAL

În formele ulcerate și supurative, dar mai ales în epitelioamele spinocelulare cu adenopatii regionale de dimensiuni reduse (pentru a se disocia falsele adenopatii tumorale de cele metastatice) se vor administra, înaintea intervenției locale, antibiotice în cure de 5—10 zile: Penicilină G, sodică sau potasică, 2 400 000—3 200 000 u./24 de ore, Eritromicină 2 g/24 de ore, Cloramfenicol 1 g/24 de ore, Tetraciclină 2 g/24 de ore.

Tratamentul medicamentos specific, cu chimioterapice citostatice, constituie un simplu auxiliar, asociindu-se celui local în unele forme cu leziuni multiple, și în epitelioamele spinocelulare însoțite de adenopatii metastatice. În formele depășite, cu metastaze ganglionare și cutanate multiple și voluminoase, citostaticele reprezintă un simplu tratament paliativ. Se vor utiliza în dozele terapeutice maxime tolerate Clafenul și Girostanul (vezi Micozisul fongoid), la nevoie și Methotrexat și Purinethol.

Concomitent se pot administra și corticoizi în doze medii: Supercortisol 20—30 mg, Prednison 30—40 mg/24 de ore, Superprednol 2—3 mg/24 de ore.

SARCOAMELE CUTANATE

Constituie un grup de tumori cu limite imprecise pe de o parte, din cauza originii conjunctive și a structurii histologice foarte diferite, iar pe de altă parte, din cauza neconcordanței, într-o serie de tipuri, a malignității clinice cu cea histologică, ceea ce face să fie scoase din grupul sarcoamelor adevărate (dermo-fibrosarcomul recidivant, angiosarcomatoza Kaposi ș. a.). Sarcoamele cutanate primitive adevărate sînt tumori relativ rare, dotate cu

Scanned with OKEN Scanner

o mare malignitate. Sarcoamele derivate din țesutul conjunctiv al organelor hematopoietice, încadrate nosologic în grupul mare al reticulozelor (reticulo-limfosarcom), sînt cele mai frecvente dintre tumorile conjunctive maligne.

Simptome. Caracterele clinice sînt mai puțin definite, diagnosticul neputînd fi precizat decît prin examen histologic. Este vorba de tumori cutanate de aspecte variate, fie noduli solitari dermici sau dermo-hipodermici, roz-albăstrii, duri, netezi sau boselați, cu evoluție lentă, fie tumori roșii-arămii sau violacee, care cresc rapid, atît în suprafață, cît și în profunzime, însoțindu-se precoce de noduli tumorali în vecinătate sau la distanță, inclusiv de adenopatii regionale, cu evoluție foarte malignă. Alteori nodulii sînt foarte numeroși și diseminați, de talie, culoare și consistență variabile, contituind după vechea denumire „sarcomatoza generalizată". În sarcoamele de origine conjunctivo-hematopoietică sînt prezente adenopatii și atingeri medulo-sanguine cu modificarea formulelor medulo- și hemogramei.

TRATAMENTUL LOCAL

Tratamentul tumorilor constă în îndepărtarea acestora prin ablație chirurgicală largă, cu sau fără grefe, sau amputație în localizările pe membre (indicată în tumorile mai voluminoase), radioterapie (indicată în sarcomatozele de origine hematopoietică sau mai radiosensibile decît celelalte forme) sau electrocoagulare (indicată în formele cu leziuni multiple sau de mici dimensiuni).

TRATAMENTUL GENERAL

În formele ulcerate și supurative datorite infecției secundare se vor administra cure scurte de antibiotice (Penicilină G, Eritromicină, Cloramfenicol, Tetraciclină) (vezi Epitelioamele).

În sarcoamele cu leziuni multiple și în special în cele de origine conjunctivo-hematopoietică, se vor administra în asociație : antibiotice, îndeosebi Tetraciclină 2—3 g/24 de ore și corticosteroizi în doze mari sau medii : Prednison 40—80 mg/24 de ore, Supercortisol 30—60 mg/24 de ore, timp de 15—20 de zile, și în continuare Superprednol (Dexamethason) $1^1/_2$ — 2 mg/24 de ore cu acțiune inhibitorie hipofizară.

Într-o a doua fază se vor administra corticoizi (Superprednol) în asociație cu chimioterapice citostatice : Clafen, Girostan și Vincaleucoblastine, sarea unui alcaloid purificat extras din *Vinca rosea* L., cu acțiune antileucemică, indicat în leucozele acute ale copilului, boala Hodgkin și reticulosarcom. Posologia și durata curelor vor fi stabilite în funcție de gravitatea leziunilor și toleranță.

În stadiile evoluate, cu epuizare fizică sau caşexie, se vor administra tonice generale (Tonofer, Vin tonic, Sirop tonic, Hecogen, Rovitrat, Neohepar, Neoanemovit etc.), anabolizante (Naposim, Madiol, Clortestosteron acetat — vezi Arsurile, Pemfigusul) și complexe vitaminice (Electovit, Viplex).

Scanned with OKEN Scanner

DERMATOFIBROMUL PROGRESIV RECIDIVANT DARIER-FERRAND
(dermatofibrosarcoma protuberans Hoffmann)

Este considerat o tumoare conjunctivă cu caractere anatomo-clinice particulare, care o situează la graniţa benignităţii cu cea a malignităţii. Are o structură histologică intermediară între cea a sarcomului fibroblastic adevărat şi aceea a fibromului benign.

Simptome. Dermatofibromul este o tumoare relativ rar întîlnită, apărînd de obicei la adulţi tineri, cu sediul de elecţie în regiunea abdominală, umeri, şolduri, pretoracică. Se prezintă ca o placă infiltrată tumorală, indoloră, de duritate lemnoasă, boselată de noduli în număr şi de talie variabile, cu tegumentele de culoare roz sau roşu-violaceu. Tumoarea se poate ulcera, devenind vegetantă, secretîndă sau sîngerîndă. Evoluţia este lentă, durînd ani sau zeci de ani ; transformarea în sarcom adevărat este excepţională.

TRATAMENTUL LOCAL

Tratamentul de elecţie constă în distrugerea largă a placardului tumoral ; un procedeu cu rezultate superioare îl constituie electrocoagularea în şedinţe repetate, în plaga încă deschisă de electrocoagulările anterioare, în total 4—6 şedinţe la intervale de 3—4 săptămîni (Longhin). Alţi autori practică excizia chirurgicală, urmată sau nu de grefe, şi iradierea după scoaterea firelor de sutură (Degos), procedee urmate de obicei de recidive.

TRATAMENTUL GENERAL

În formele ulcerate, supurative, sînt indicate cure scurte de antibiotice : Penicilină G sodică sau potasică, Eritomicină, Cloramfenicol sau Tetraciclină (vezi Epitelioamele).

În formele cu leziuni tumorale voluminoase sau rapid extensive se poate încerca o cură de corticoizi în doze medii (Prednison 40—60 mg/24 de ore, Supercortisol 30—40 mg/24 de ore), timp de 15—20 de zile.

În cazul tumorilor ulcerate, cu sîngerări repetate şi masive, se vor administra hemostatice : Vitamină K, Venostat (vezi Angioamele).

MELANOMUL MALIGN (nevocarcinomul)

Este o tumoare cutanată de extremă malignitate, datorită diseminării foarte precoce, provenind în mare majoritate din nevii celulari pigmentari ; mai rar poate lua naştere în pielea sănătoasă independent de nevii preexistenţi. Transformarea malignă a nevilor pigmentari se face, fie spontan, fie în urma intervenţiei unor factori favorizanţi generali (sarcină) sau iritanţi locali ; traumatisme mecanice repetate (frecături, tăiere cu lama de ras), intervenţii chirurgicale intempestive şi incomplete, stoarcere, lovituri brutale cu corpuri contondente, legarea cu fire de păr sau

Scanned with OKEN Scanner

ată, cauterizări chimice sau electrocoagulări și galvanizări insuficiente, expunere excesivă la radiații solare etc. Cei mai susceptibili de transformarea malignă sînt nevii pigmentari „în dom" și cei maculoși (vezi Nevii).

Simptome. Semnele clinice ale transformării maligne sînt multiple și nu au o valoare diagnostică absolută decît considerate în ansamblu. Cel mai sigur criteriu de apreciere a malignității este cel histologic, care în unele cazuri îndoielnice necesită coroborarea cu semnele clinice. Acestea sînt : creșterea mai mult sau mai puțin rapidă în suprafață sau volum, intensificarea pigmentației, infiltrarea și inflamația bazei (apariția unui halou eritematos), ulcerarea, burjonarea și sîngerarea. Generalizarea se face în general rapid, atît pe cale limfatică, cît și pe cea sanguină. Moartea se produce la 1/2—2 ani de la transformarea malignă.

Există o serie de forme particulare, adesea greu de diagnosticat clinic : *a)* forma botriomicomatoasă simulînd un botriomicom ; *b)* panarițiul melanic (melanomul subunghial), interpretat cînd este acromic, drept un panarițiu banal sau hematom subunghial ; *c)* formele acromice, evoluînd ca niște tumori roz sau roșii violacee ; *d)* forma hiperkeratozică (verucoasă), frecvent cu localizare plantară, debutînd și evoluînd multă vreme acromic. Examenul bioptic (eventual un citodiagnostic prin amprentă) este obligatoriu în toate cazurile îndoielnice și va fi făcut în aceeași ședință cu electrocoagularea completă a tumorii suspectate.

TRATAMENTUL LOCAL

Tratamentul de elecție constă în distrugerea tumorii prin electrocoagulare largă, în suprafață și profunzime, sub anestezie generală sau locală prin refrigerație cu Clorură de etil (Kelen). Nu se vor face infiltrații cu novocaină. Alți autori utilizează excizia chirurgicală largă sau radioterapia de contact în doze ridicate. Adenopatiile incipiente vor fi evitate sau iradiate (roentgenterapie semiprofundă în doze mari), renunțîndu-se tot mai mult la evidarea de principiu.

În formele ulcerate și infectate secundar se va proceda la dezinfectarea lor prin ștergerea cu soluții antiseptice slabe (acid boric 2%, Rivanol 1%, Fenosept diluat 1/5) și aplicarea de Unguente cu tetraciclină 3% sau cu neomicină 1%, eventual și corticoizi (Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan).

TRATAMENTUL GENERAL

În formele ulcerate și supurative se vor administra cure scurte de antibiotice (Penicilină G, Eritromicină, Cloramfenicol sau Tetraciclină) (vezi Epitelioamele).

Concomitent sau după intervenția locală asupra tumorii, precum și în formele cu metastaze ganglionare regionale sau generalizate se pot administra chimioterapice citostatice (în cele din urmă forme menționate cu titlu de tratament paliativ) : Clafen sau Girostan (vezi Micozisul fongoid), în asociație cu corticosteroizi în doze de atac medii (Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 25—30 mg/24 de ore) și ulterior Dexame-

Scanned with OKEN Scanner

thason (Superprednol) 1½—2 mg/24 de ore, ca inhibitor hipofizar, în cure prelungite de 1—2 luni, repetate după pauze de o lună.

Uneori s-au obținut întîrzieri în evoluția metastazelor prin administrarea vaccinului antivariolic — prin scarificație sau intradermic — diluat (vezi Herpesul și Aftele), o dată pe săptămînă, în serie de 10—12 vaccinări.

În stadiile avansate, cu epuizare fizică sau caşexie se vor administra tonice generale (Sirop tonic, Vin tonic, Neoanemovit, Neohepar, Rovitrat etc.), anabolizanți (Naposim, Madiol, Clortestosteron acetat) și complexe vitaminice (Viplex, Electovit) (vezi Arsurile, Pemfigusul, Lupusul eritematos acut).

XIX

BOLILE ANEXELOR PIELII

ACNEELE

Există mai multe varietăţi de acnee, în raport cu aspectul clinic şi etiologia lor : a) acneea polimorfă juvenilă ; b) acneea rozacee ; c) acneele medicamentoase şi profesionale ; d) acneea conglobată ; e) acneea necrotică ; f) acneea cheloidiană.

1. ACNEEA POLIMORFĂ JUVENILĂ SAU VULGARĂ

Este o dermatoză frecventă, cronică, apanaj al adolescenţei, atingînd ambele sexe, cu evoluţie foarte variabilă ca durată de la vîrsta de 12 la 25 de ani şi mai mult, după care se atenuează, dispărînd spontan.

Simptome. Erupţii de elemente polimorfe : comedoane, papule foliculare, papulo-pustule sau pustule foliculare, noduli inflamatori, mici abcese dermo-hipodermice (acnee flegmonoasă), care se asociază variabil între ele. Se localizează obişnuit pe regiunile seboreice : faţă (obraji, frunte, bărbie), umeri, toracele superior (spate, piept).

Etio-patogenia este complexă. Afecţiunea coexistă de regulă cu seboreea, care se manifestă o dată cu pubertatea şi recunoaşte la origine factori glandulari, foarte probabil un dezechilibru între secreţiile de androgeni şi estrogeni, în favoarea primilor (hiperandrogenie absolută sau relativă). Seboreea şi hiperkeratoza uşoară, care i se asociază, se complică uşor cu infecţia stafilococică a foliculului pilo-sebaceu, explicînd leziunile papuloase şi papulo-pustuloase acneiforme.

2. ACNEEA ROZACEE

Este o formă particulară de acnee, care atinge de predilecţie adulţii de vîrstă mijlocie.

Simptome. Debutează printr-o eritroză facială vasomotorie, care survine cel mai adesea la indivizi cu suferinţe gastro-intestinale cronice (frecvent gastrite hipoacide), brusc, după mese, la abateri de la regimul

Scanned with OKEN Scanner

alimentar, oboseală, supărări, tulburări menstruale sau climacterice. Eritroza devine apoi permanentă (rozacee), cu prezența telangiectaziilor (cuperoză). Pe acest fond, la care se asociază adesea seboreea și keratoza, încep să apară elemente papulo-pustuloase în puseuri discrete, cu localizare pe obraji, frunte, în regiunea intersprîncenoasă, pe nas, bărbie, realizînd faza de acnee rozacee. Uneori elementele eruptive papuloase sînt de volum mic, cît un bob de mei, cu supurație discretă sau fără, de culoare roșu-viu, fără sediu obligatoriu folicular, constituind varietatea denumită „acnee rozacee miliară", care se confundă (după cum se identifică) cu tuberculidele miliare rozaceiforme.

3. ACNEELE PROFESIONALE ȘI MEDICAMENTOASE

Sînt produse de unele substanțe chimice și medicamentoase, avînd caracter accidental, terapeutic sau profesional ; dintre acestea, mai frecvent în cauză sînt gudroanele, uleiul cadic, uleiul de croton, crisarobina și derivații săi, hidrocarburile, uleiurile și vaselinele de gresaj, briantinele.

Erupțiile acneiforme, dat fiind contactul extern cu substanța respectivă, se localizează pe regiunile în cauză (antebrațe, ceafă, față etc.). Iodurile și bromurile introduse în organism pe cale orală sau parenterală, în cadrul unor tratamente prelungite, pot determina și ele erupții acneiforme pe față, cu elemente uneori mari, congestive, asociindu-se frecvent cu leziuni buloase și papilomatoase, supurate, vegetante.

Cortizonul administrat pe cale generală poate produce, în cursul unor tratamente intensive și prelungite, erupții acneiforme localizate pe toracele superior.

4. ACNEEA CONGLOBATĂ

Este o varietate mai rară de acnee, caracterizată printr-un mare polimorfism lezional, atingînd de predilecție adulții tineri de sex masculin.

Simptome. Leziunile, polimorfe, constau în pustule și papulo-pustule foliculare, comedoane și îndeosebi supurații superficiale și profunde care amintesc abcesele reci ; acestea sapă lungi tunele, deschizîndu-se la distanță de focarul supurativ, prin orificii punctiforme. Tegumentele sînt infiltrate de numeroase chisturi sebacee, de dimensiuni variabile. Cu timpul se formează cicatrice deformante înfundate, cu bride și punți, amintind de cele ale scrofulodermei. Leziunile se grupează pe anumite regiuni ale corpului, electiv pe față, ceafă, pielea capului *(peri-folliculitis capitis abscedens et suffodiens* Hoffmann), rădăcinile membrelor (axile), trunchi, regiunea perineală, și fesieră. Evoluția este cronică, cu remisiuni parțiale și vindecări numai aparente, alternînd uneori cu puseuri inflamatorii supurative subacute.

Etio-patogenia este încă neclarificată : carență în vitaminele A, D, C, un dezechilibru endocrin (vezi Acneea polimorfă), hipersensibilizare față de stafilococul prezent în leziune și față de toxinele bacilului Koch.

5. ACNEEA NECROTICĂ

Este constituită dintr-o erupţie de papule foliculare roz-roşiatice, uneori pruriginoase, centrate de o pustulă discret ombilicată, care formează mici cruste brune, aderente, prinse într-un mic inel inflamator. Erupţia se localizează simetric, pe frunte, spre liziera pielii păroase şi pe tîmple. Evoluţia se face în puseuri continue, pe aceleaşi locuri, elementele papulo-pustuloase lăsînd, în urma căderii crustei, mici cicatrice deprimate.

Etio-patogenia, încă discutată, înclină spre ipoteza unei manifestări de sensibilizare a foliculului faţă de infecţia stafilococică sau faţă de toxinele bacilare. Foarte frecvent sînt constatate, ca şi în acneea rozacee, tulburări digestive cronice, consecutive unor gastrite (mai ales hipoacide), colite, ulcere etc.

TRATAMENTUL GENERAL

În acneea polimorfă juvenilă şi cea conglobată tratamentul se identifică cu acela al seboreei şi al infecţiei stafilococice.

În acneele rozacee şi necrotică, accentul va fi pus pe corectarea tulburărilor digestive cronice şi, secundar, pe infecţia cu stafilococ, fără a se neglija factorul disbacteriei intestinale nici în primele două varietăţi de acnee.

Tratamentul seboreei va fi în primul rînd etiologic, respectiv hormonal ; el va fi aplicat cu prudenţă mai ales cînd este vorba de fete tinere sub 18 ani, la care mulţi îl contraindică. Se utilizează, ca medicaţie cvasispecifică, estrogeni şi ca auxiliare gonadotropine şi progesteronul ; la femei se vor prescrie :

— Foliculină sub formă de Dihidrofoliculină benzoică, în speţă Ginosedol B, soluţie injectabilă în fiole a 1 şi 5 mg corespunzînd la 10 000 şi, respectiv, 50 000 u.i./fiolă. Se administrează în doză medie de 3—5 mg pe cură ; doza globală va fi fracţionată : cîte 1 mg la 2—3 zile, administrîndu-se în prima jumătate a ciclului menstrual, timp de 2—3 luni la rînd ;

— *Estradiol* ; fiole conţinînd 5 000 şi 25 000 u.i. pe fiolă ; se administrează în doza medie de 15 000 — 25 000 u.i. pe serie, fracţionate ca mai sus, în prima jumătate a ciclului, timp de 2—3 luni la rînd ;

— Rexestrolul, estrogen de sinteză sub denumirea de Sintofolin, fiole de 1 şi respectiv 5 mg de Hexoestrolum diacetylatum/fiolă, în soluţie uleioasă. Se administrează în doză medie de 3—5 mg pe serie, fracţionată ca mai sus, în prima jumătate a ciclului, timp de 2—4 luni la rînd. Se poate prescrie şi sub formă de comprimate conţinînd 1 mg Hexestrol (Sintofolin), cîte 2—4/24 de ore, după schema de mai sus ;

— Dietilstilbestrol, comprimate de 1 mg, administrat în doză medie de 3 mg/24 de ore, după schemele de mai sus ;

— Gonadotropină serică sau corionică, sub denumirea comercială de Gonacor (sinonim Prolan), fiole a 500 u.i., administrîndu-se în serii de 6—8 injecţii, la intervale de 2 zile, în prima jumătate a ciclului în asociaţie cu estrogenii.

Tratamentul cu estrogeni şi Gonadotropină, va fi strict supravegheat şi individualizat. Pacienta va fi revizuită lunar, înainte de repetarea seriei

Scanned with OKEN Scanner

din luna următoare, pentru a se face modificări ale posologiei în raport cu eventuale tulburări calitative şi cantitative ale ciclului menstrual. La nevoie se va adăuga la ciclul următor.

La femeile cu semne de hiperfoliculinemie se vor administra gestageni :

— progesteronul, fiole a 10 mg cîte 1—2 fiole în a 19-a sau a 19-a — a 21-a zi a ciclului, sau

— Acetoxiprogesteronă, comprimate a 25 mg, cîte 1—2 comprimate/24 de ore, 5 zile consecutiv între a 17-a şi a 22-a zi a ciclului.

La bărbaţi, dozele medii de estrogeni vor fi mai mici, utilizîndu-se, de preferiţă pe cale orală, Sintofolin sau Dietilstilbestrol, cîte 1—3 mg/24 de ore, în cure de 15—20 de zile, la nevoie repetate după o pauză de 2—3 luni. Se va administra sub strictă supraveghere medicală, întrerupînd de îndată ce apar senzaţii de înţepături şi jenă la nivelul mamelonului, pentru a preveni o ginecomastie.

Pentru a combate infecţia stafilococică şi sensibilitatea foliculului la toxinele respective se vor administra în toate formele de acnee (vezi şi Piodermitele stafilococice) :

— antibiotice : Eritromicină 1—2 g/24 de ore sau Tetraciclină 2 g/24 de ore şi, mai ales, Cloramfenicol, 1 g/24 de ore, care intervine şi în eventualele disbacterii intestinale ; fiind cu precădere indicat în acneea rozacee şi necrotică, se administrează în cure de 6—7 zile, repetate, la nevoie după pauze de o săptămînă ; imunoterapie desensibilizantă cu doze mici, progresiv crescînde, de Vaccin antistafilococic, Anatoxină stafilococică şi Endotoxină BCG (Longhin) 0,1—0,5 ml la 2 zile, subcutanat în serii de 20—30 de injecţii.

Tulburările gastro-intestinale, aproape constante în acneea rozacee şi cea necrotică, vor fi corectate şi tratate (vezi Eczemele) prin regim alimentar fără condimente, conserve şi băuturi alcoolice, sărac în glucide (dulciuri şi făinoase) precum şi prescriind, după caz, o medicaţie eupeptică (Acidopeps, Ulcerotrat, Ulcomplex, Triferment etc.), coleretice (vezi Xantomatozele), Mecopar forte şi chimioterapice, eubiotice (Mexaform, Saprosan, Cifoform). În acelaşi scop se vor administra vitamine din grupul B (Cavit 9, B complex).

Labilitatea neurovegetativă (frecventă la cei cu acnee rozacee, în special la femei cu tulburări endocrine) va fi combătută prin sedative nervoase, neuroleptice şi tranchilizante, mai ales Pasinal, Clordelazin, Delazin (Romtiazin), Belergon (vezi Eczemele).

Alte medicaţii mai puţin utilizate, care pot fi prescrise în diferitele forme de acnee :

— Tolbutamidă (vezi Piodermitele şi Dislipoidoza Urbach-Oppenheim), cîte 2 comprimate a 0,50 g/24 de ore, timp de o săptămînă, apoi un comprimat fracţionat în două jumătăţi/24 de ore, alte 3 săptămîni, după mesele principale. Curele se pot repeta după pauze de o lună. Ar acţiona ca antiseboreic şi hipoglicemiant, defavorizînd dezvoltarea stafilococului folicular. Este indicată în toate formele de acnee, în special însă în cea juvenilă şi conglobată ;

— Vitamină A în doze medii : 100 000 u./24 de ore în drajeuri sau soluţie uleioasă (buvabilă sau injectabilă) ;

Scanned with OKEN Scanner

— Folcisteină U, fiole conținînd 25 cg cisteină, la 2 zile, în serii de 30—45 de injecții ;

— Vitamină B_2, o fiolă a 10 mg zilnic sau la 2 zile, în serii de 15—20 de injecții, indicată îndeosebi în acneea polimorfă, rozacee și necrotică ;

— Vitamină B_6, fiolă a 250 mg sau 1—2 comprimate a 250 mg/24 de ore, în serii de 15—20 de zile, indicată în forma polimorfă juvenilă, rozacee și necrotică ;

— Vitamină F, 1—2 capsule/24 de ore, în cure de 15—20 de zile, indicată în special în acneea polimorfă cu abcese, acneea conglobată și acneea necrotică ;

— Vitamină C în doze mari, 1—2 g/24 de ore, indicată în acneea conglobată. În acneea rozacee se mai prescriu vasoconstrictoare periferice și modificatoare ale permeabilității capilare (vezi și Purpurele, Hemosiderozele), în cure prelungite și repetate : Vitamina K, Vitamină P, Rutosid Efedrină ; se mai utilizează cu bune rezultate și antipaludice de sinteză : Clorochin 400—600 mg/24 de ore, în cure repetate de 3 săptămîni (vezi și lupusul eritematos cronic).

În unele forme de acnee congestive, iritate, în plin puseu eruptiv (indiferent de varietate) se pot încerca și scurte cure de corticoizi în doze mici : Prednison 20—30 mg/24 de ore, Supercortisol 15—20 mg/24 de ore și ulterior Superprednol în doză de 1—2 mg/24 de ore, aceasta cu acțiune inhibitorie asupra secreției trofinelor hipofizare (gonadice și corticosuprarenale), avînd ca scop diminuarea seboreei.

În acneele profesionale și medicamentoase se vor suprima administrarea medicamentelor și contactul cu substanțele chimice în cauză. Se pot prescrie : Tiosulfat de sodiu 10 sau 20%, 1—2 fiole/24 de ore, intravenos, în serii de 15—20 de zile.

TRATAMENTUL LOCAL

Se utilizează topice pe bază de substanțe cu acțiune antiseboreică, antibiotice, corticosteroizi, reductoare, în raport cu tipul de acnee și intensitatea leziunilor.

1) *Rp.* Sulf precipitat 5—10 g
Acid salicilic 2 g
Glicerină 10 g
Alcool de 70° ad 100 ml

2) *Rp.* Acid salicilic 1—2 g
Camfor 2—4 g
Alcool de 70° ad 100 ml
Pentru acneea rozacee se va adăuga la loțiunea de mai sus și ihtiol 1—5 g.

3) *Rp.* Sulf precipitat 0,50—1 g
Resorcină
Ihtiol āā 0,20—0,50 g
Talc
Oxid de zinc āā 1 g
Hidrocortizon 200 mg
Lanolină
Vitamină A sol. uleioasă āā 5 g

Scanned with OKEN Scanner

4) *Rp.* Sulf precipitat 0,10 g
Oleum cadini 0,8 g
Acid salicilic 0,15 g
Salicilat de metil 0,05 g
Hidrocortizon 200 mg
Oxid de zinc 3 g
Lanolină
Vitamină A sol. uleioasă āā 5 g

Pentru spălatul feței seboreice și acneice se vor utiliza săpunuri medicinale pe bază de sulf precipitat, Ihtiol, Borax sau soluție diluată de Bromocet 1%, flacoane conținînd soluție hidro-alcoolică 10 sau 20% de cetylpyridinum bromatum.

Topicele cu sulf precipitat vor fi aplicate cu prudență la femei și blonzi, precum și la bolnavii cu acnee rozacee, care nu tolerează totdeauna bine acest medicament.

În acneea polimorfă juvenilă și conglobată se mai fac iradieri generale și locale cu ultraviolete.

În acneea rozacee, după dispariția pustulelor se vor face, în caz de cuperoză restantă, aplicații ușoare de zăpadă carbonică, electrocoagulare fină, superficială, cu un ac ascuțit, punctată sau liniară, scarificații superficiale urmate de aplicarea unor soluții cu substanțe sclerozante (de exemplu sulfat de cupru 1/500).

În acneea conglobată se va recurge la deschiderea cît mai largă a abceselor și traseelor fistuloase (tunelurilor), cu bisturiul sau electrocauterul, tratîndu-se apoi plaga ca la furuncul. Cicatricele vicioase hipertrofice, fibroase, vor fi corectate prin crioterapie distructivă.

Radioterapia superficială, recomandată de unii autori în acneea polimorfă juvenilă cu seboree, este un procedeu eficace numai în mîini experimentate, dar nu lipsit de riscuri.

Preventiv (și curativ) se recomandă în acneele rozacee evitarea luminii solare directe, a căldurii iradiate de plită. Se va evita pe cît posibil, contactul direct cu substanțele în cauză la cei predispuși la acnee profesionale, prin mănuși de protecție ; pentru protecția cutanată a părților expuse (vezi și Eczemele profesionale) se vor aplica, în funcție de natura și starea fizică a diferitelor substanțe nocive : Siloderm film tip 7 (împotriva solvenților organici, derivaților petrolieri, rășinilor etc.) sau Siloderm P_1 (împotriva soluțiilor de acizi, uleiuri eterice sintetice etc.) ; Protectoderm L_1 ; soluție conținînd clorură de aluminiu 1% (într-un amestec de 50 g alcool etilic de 96°, glicerină farmaceutică 2 g și apă distilată pînă la 100 g), cu care se badijonează înainte de contactul nociv ; protejează împotriva dermitelor și acneelor generate de produse petroliere, substanțe bazice, unele tincturi capilare.

După terminarea lucrului se va spăla pielea cu apă caldă și săpun sau se va utiliza preparatul Lavoderm D, soluție conținînd alcool polivinilic 13 g, izoacetilfenolpolietoxilat 0,50 g, sulfat de sodiu sicc. 2 g, bromură de cetilpiridiniu min. 90% 0,1 g, glicerină, 2 g, ulei de lavandă 0,1 g, alcool etilic 0,2 g, apă distilată ad 100 g. Se utilizează pentru curățirea fără apă a pielii, pentru îndepărtarea resturilor de uleiuri minerale, pulberi, medicamente, etc., frecîndu-se ușor cu 1—2 ml preparat din tub.

Scanned with OKEN Scanner

6. ACNEEA CHELOIDIANĂ (FOLICULITĂ PSEUDOCHELOIDIANĂ) A CEFEI

Considerată de cei mai mulţi ca o varietate particulară de foliculită (vezi Piodermitele), se manifestă printr-o erupţie de pustule foliculare dispuse în bandă orizontală, pe ceafă, la limita cu zona păroasă a pielii capului. Vindecarea erupţiei se soldează prin mici cicatrice roşii, proeminente, de aspect cheloidian, care după o evoluţie mai mult sau mai puţin lungă (luni şi ani de zile) duc la constituirea unor placarde cicatriceale sclero-hipertrofice, dure, alungite transversal, late de cîţiva centimetri. Perii ies în mici smocuri în porţiunea superioară a placardului fibros. Evoluţia afecţiunii este cronică, indefinită : elementele noi apar continuu la periferie, lărgind, lent şi progresiv, placardul cicatriceal fibros, pseudocheloidian.

Etio-patogenia este încă neprecizată ; se implică factori complecşi de teren şi de infecţie microbiană (stafilococică). Atinge aproape exclusiv sexul masculin, ca şi acneea conglobată, mai ales adulţii de vîrstă tînără şi mijlocie, cu ceafa mai grasă (cu pliuri).

TRATAMENTUL GENERAL

Se va începe prin administrarea de

— **antibiotice** cu acţiune asupra infecţiei stafilococice (vezi Piodermitele stafilococice) : Penicilină G şi, în special, peniciline semisintetice (Meticilin, Oxacilin etc.), Eritromicină, Tetraciclină, etc., alegerea făcîndu-se pe cît posibil în funcţie de rezultatul antibiogramei :

— imunoterapie cu Vaccin antistafilococic, eventual în asociere cu Anatoxina stafilococică, în doze progresiv crescînde, de la 0,1 la 0,5 sau 1 ml la 2 zile, subcutanat.

Ulterior (sau concomitent) se asociază medicaţii sclero-(fibro)-litice, permeabilizatoare :

— **corticoterapie** în doze mici sau medii, Prednison 20—30 mg/24 de ore, în cure de 12—15 zile, repetate după pauze de 15—20 de zile ;

— **Hialuronidază** (Hyason, Tilase), cîte 1—2 fiole a 150 u./24 de ore, în serii de 15—20 de injecţii ;

— Vitamină E, o fiolă a 300 mg/24 de ore sau la două zile, în serii de 15—20 de injecţii.

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor face atingeri (eventual după deschiderea pustulelor) cu o soluţie de violet de genţiană 1% sau ştengeri cu soluţie de Fenosept 1/3, Dalibour 1/3, Decaderm etc. şi aplicaţii de unguente cu antibiotice (Tetraciclină 3%, Neomicin 1%, Cloramfenicol 2—3%), sau, preferabil, cu corticosteroizi şi antibiotice (în pansamente ocluzive) (Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan).

Mai eficace sînt :

— infiltraţii cu soluţii diluate de Penicilină G, sodică sau potasică (10 000 u./ml soluţie), la care se asociază Hidrocortizon (0,50—1%), Pro-

Scanned with OKEN Scanner

caină 0,50—1% au Hialuronidază (Tilase, Hyason). Infiltrațiile, practicate intralezional, în mai multe puncte, se repetă la 3—7 zile ;

— ionizări cu Hialuronidază (Tilase, Hyason), o fiolă a 150 u. pe ședință, sau cu Iodură de potasiu ;

— iradieri cu raze X, și mai ales cu ultrasunete ;

— crioterapie distructivă (se poate asocia cu infiltrațiile).

RINOFIMA

Considerată ca un stadiu avansat, dar nu obligatoriu, al rozaceei, rinofima se caracterizează printr-o hipertrofie, variabilă ca intensitate, a tegumentelor nasului și a glandelor sebacee, cu dilatarea accentuată a porilor și foliculilor, plini de sebum, și cu prezența de telangiectazii. Nasul este voluminos, roșu-vinețiu și deformat de numeroase proeminențe mamelonate. Rinofima se poate constitui uneori și independent de o acnee rozacee.

TRATAMENTUL GENERAL

Se identifică cu acela al acneei rozacee, constituind prima parte a tratamentului. În a doua parte se va proceda la

TRATAMENTUL LOCAL

Constă în fizioterapie : crioterapie și electrocoagulare (liniară, a telangiectaziilor, sau razantă, a formațiunilor mamelonate glandulare). Se mai practică scarificații urmate de soluții cu substanțe sclerozante (vezi Acneea rozacee) și decorticare (procedeul Olbes), cel mai eficient dintre toate. Radioterapia dă rezultate mediocre.

Înaintea acestor procedee se vor face câteva zile aplicații cu unguente conținînd antibiotice (Tetraciclină 3%, Neomicină 1%).

ALOPECIILE

După aspectul lor clinic, evoluție, gravitate și întindere, alopeciile pot fi totale, difuze și în arii circumscrise, și pot avea un caracter tranzitoriu sau pot fi definitive (alopeciile cicatriceale).

A. ALOPECIILE CONGENITALE

a) **Hipotricoza și agenezia pilară,** transmise în dominanță regulată, se asociază frecvent cu diferite tipuri de disonichie, keratoză pilară ș.a. ; un sindrom bine definit al anomaliilor de pilogeneză îl constituie hipotricoza sau alopecia totală, căreia i se asociază anodonție, anhidroză și, facultativ, disonichii, tulburări psihice etc. (Siemes și Touraine).

Scanned with OKEN Scanner

b) **Moniletrixul** este o distrofie pilară congenitală, ereditară și familială, transmisă în dominanță regulată, rezultînd dintr-o fragilitate exagerată a perilor. Aceștia prezintă de-a lungul lor o alternanță regulată de umflături (diametru normal) și strangulări (zone de aplazie), de unde și denumirea de aplazie moniliformă. Părul se rupe, de obicei, după cîteva umflături, la nivelul uneia din strangulări, ceea ce îl face să nu poată atinge o lungime normală. În unele regiuni, perii pot ajunge la oarecare dimensiuni în timp ce în altele pielea capului ia aspectul unei alopecii totale (occipitală și temporală). Foliculii sînt sediul unor papule roșii keratozice. Alopecia este de obicei definitivă.

Alte distrofii pilare cu caracter congenital sînt tricoclasia și tricorexia, constînd de asemenea într-o fragilitate a perilor, care se rup la diferite înălțimi, cu un caracter difuz, alteori circumscris.

B. ALOPECIILE DOBÎNDITE

I. ALOPECIILE NECICATRICEALE

a) **Alopecia difuză simptomatică** survine în convalescență sau în primele două luni după o stare toxiinfecțioasă acută sau subacută (gripă, scarlantină, febră tifoidă), eritrodermii și orice altă stare patologică însoțită de o febră de 39—40^0 care durează mai multe zile. Mai pot antrena alopecii difuze sarcina, intervențiile chirurgicale majore, șocurile emoționale și, mai rar, unele disfuncții tiroidiene, diabetul etc. Căderea perilor, moderată sau masivă, începe din a 60-a — a 70-a zi de la instalarea febrei, pentru a continua timp de 1—1$^1/_2$ luni cu intensitate crescîndă. După această perioadă, perii se regenerează de regulă în mod spontan.

b) **Alopeciile de origine chimică.** Alopecii difuze au fost observate uneori ca „fenomen secundar" în cursul unor tratamente cu antagoniști ai tiroidei (Tiouracil sau Carbimazol), anticoagulante (heparină, heparinoizi), acetat de taliu (azi mult utilizat ca pesticid), antimitotice (colchicină, aminopterină, ș.a.).

c) **Alopecia prematură a bărbaților (alopecia seboreică sau calvița precoce)** este cea mai frecventă din grupul alopeciilor difuze progresive, creînd tinerilor o preocupare obsesivă prin precocitatea și intensitatea cu care se manifestă adesea. Debutează în jurul vîrstei de 20 de ani, uneori mai devreme și, de la caz la caz, afectează configurații și evoluții variabile.

În unele cazuri, de obicei în cele cu debut foarte prematur, alopecia se instalează în cîțiva ani, luînd aspectul „calviției hippocratice", complete ; în altele, evoluția este lent progresivă, producîndu-se numai o alopecie relativă în regiunea frontală, în cea occipitală sau în ambele. Perii mor într-un ritm mai crescut decît cel normal ; ei cad în mod spontan la 60—70 de zile de la moartea lor, dar pot fi detașați și mai curînd, prin tracțiune sau spălarea pielii capului. Părul căzut este înlocuit cu altul nou, care crește tot mai fragil, mai subțire, pînă cînd ajunge un simplu puf.

Scanned with OKEN Scanner

Alopecia prematură a bărbatului se însoţeşte în majoritatea cazurilor de seboree şi de pitiriazis simplu, uneori chiar de eczematide seboreice. Nu există o concordanţă obligatorie, însă, între acest timp de alopecie şi seboree. Seboreea şi pitiriazisul nu sînt cauza alopeciei, dar o pot agrava. Este sigur că glandele cu secreţie internă, în special cele sexuale şi, legat de acestea, hipofiza, joacă un rol important ; instalarea alopeciei după pubertate, prezenţa aproape în exclusivitate la sexul masculin, absenţa sa la bărbaţii castraţi sau cu insuficienţă gonadică, instalarea înainte de pubertate ş.a. sînt argumente destul de convingătoare în acest sens. Este probabil că aceste glande intervin, ca şi în acnee, printr-un dezechilibru în raportul androgeni-estrogeni, în sensul hiperandrogenezei, care poate fi absolută sau relativă (prin hipoestrogenezie). Mai intervin ca factori predispozanţi ereditatea (fiul moşteneşte adesea, nu numai alopecia, dar chiar şi configuraţia acesteia), factorul geografic (calviţia fronto-parientală la popoarele nordice, occipitală la cele meridionale), activitatea intelectuală excesivă, stările de veghe prelungite şi tulburările psihice, în special nevroza astenică.

Cît priveşte raporturile afecţiunii cu sexul, deşi este considerată apanajul aproape în exclusivitate al sexului masculin, există şi destule cazuri de femei la care se poate vorbi de o „alopecie de tip masculin“ (Longhin), însoţindu-se şi-n acest caz, destul de frecvent, de seboree.

La femei se produce însă numai o alopecie relativă, cu o rărire a părului variabilă ca intensitate şi difuză, neajungîndu-se decît cu totul excepţional la o calviţie totală. Cauzele sînt, de regulă, de natură disendocrină, fiind vorba, fie de femei cu o secreţie crescută de androgeni, fie cu secreţie scăzută de estrogeni ; uneori survine după sarcină, castraţie sau tratamente nesupravegheate ori necompetente cu androgeni sau progesteron.

Ca medicaţie stimulantă a pilogenezei se utilizează (în toate tipurile de alopecie, inclusiv în cea prematură) :

— Vitamina D_2, fiole buvabile (sau injectabile) a 600 000 u., cîte una la 4—5 zile, în serii de 5—8 fiole.

— Vitamina B_1, cîte o fiolă a 25 mg la 2 zile sau cîte 2—4 comprimate a 10 mg/24 de ore ;

— Romavit 1—3 g/zi (2—6 comprimate a 0,50 g), în funcţie de toleranţa gastrică (se administrează după mese) ;

— Pantotenat de calciu sau Panthenol, cîte o fiolă/24 de ore (0,50 g), eventual per os în puţină apă ;

— preparate fosforice (Joulie) : Remineron (Fosfovit), granule conţinînd calciu gluconic 10 g% şi calciu fosforic tribazic 10 g%. Se administrează cîte 2—3 linguriţe/24 de ore şi „Tonic“, sirop hipofosforos, în proporţie de 2: 0,5 şi respectiv 0,5%, alături de alţi ingredienţi ca fier clorat, cupru sulfuric şi stricnină sulfurică. Se dau cîte 3 linguriţe/24 de ore, înaintea meselor.

Preparatele fosforice sînt contraindicate la cei cu tetanie.

Fosforul se mai poate administra şi sub formă de acid fosforic oficinal diluat 1/300, cîte o lingură/24 de ore (Milian).

Scanned with OKEN Scanner

În formele de alopecie gravă, cu evoluţie rapidă, simptomatice şi premature, unii autori prescriu o cură scurtă cu conticosteroizi şi în doze medii : Prednison 30—40 mg/24 de ore, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore, Superprednol 2—4 mg/24 de ore.

La persoanele cu tulburări neurovegetative şi neuropsihice se vor prescrie sedative nervoase, neuroleptice sau tranchilizante (vezi Eczemele), îndeosebi Pasinal, Bergonal, Romtiazin, Meprobamat.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi pe cît posibil etiologic.

În alopeciile secundare postfebrile etc. nu se poate vorbi de un tratament etiologic, deoarece alopecia apare ca epifenomen tardiv, după dispariţia cauzei.

În alopeciile secundare de origine toxică, chimică, se va suprima medicamentul şi, respectiv, contactul cu substanţa chimică manipulată (eventual se vor utiliza chelatori : Edetamin sau Tiosulfat de sodiu, vezi Eritrodermiile postmedicamentoase).

În alopecia prematură se vor utiliza, în funcţie de sex, intensitatea alopeciei şi gradul dezechilibrului endocrin, estrogeni şi preparate de hipofiză anterioară (Gonacor) (vezi Acneea).

De cele mai multe ori, însă, din cauza riscurilor şi a rezultatelor mediocre ale medicaţiei estrogenice (mai bune în general la femei), tratamentul de bază rămîne acela patogenic : antiseboreic şi de stimulare a pilogenezei. Ca antiseboreice se prescriu (vezi Acneea) :

— Vitamină B_6, o fiolă a 250 mg sau 1—2 comprimate a 250 mg/24 de ore, în cure de 20—30 de zile ;

— Vitamină A, soluţie uleioasă (o fiolă a 300 000 u. sau 1 flacon a 5 ml soluţie uleioasă pentru uz intern), la 2—3 zile, în cure de 30—45 de zile ;

— Folcisteină, o fiolă la 2 zile, în serii de 30—45 de injecţii.

TRATAMENTUL LOCAL

Va fi prin excelenţă revulsiv, urmărind excitarea pilogenezei ; în alopeciile premature va fi precedat de topice conţinînd substanţe cu acţiune antiseboreică (vezi Acneea), reductoare şi exfoliante.

După degresarea pielii şi a părului prin spălare cu săpunuri medicinale (Borax, Ihtiol, Gudron sau Sulf precipitat) sau Bromocet diluat 1%, o dată la 3—7 zile, în funcţie de intensitatea seboreei, se vor face fricţiuni zilnice cu :

Rp. Biclorură de mercur 0,20—0,50 g
Rezorcină 2—4 g
Acid salicilic 1—2 g
Glicerină 5 g
Alcool de 70° ad 120 g
(În formele cu păr uscat se vor adăuga şi X—XX picături de ulei de ricină).

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Sulf octaedric 10 g
Tetraclorură de carbon 170 g
Sulfură de carbon 100 g
Acetonă 30 g
Ol. Lavandulae 3 g
(este şi antiseboreic şi revulsiv ; frictiunile se fac la geamul deschis, departe de orice sursă de foc, fiind foarte dezagreabilă ca miros şi inflamabilă).

Rp. Pilofort
(soluţie pentru uz extern conţinînd cetyl-piridinium bromatum 2,20 g, sulfacetamidum natricum 5 g, alcool de 96° 8 g, aetheroleum Lavandulae 0,10 g, apă distilată q. s. ad 100 ml).

În formele cu pitiriazis se vor utiliza loţiuni alcoolice cu acid salicilic (1—2%) şi resorcină 2—4%, iar în cele cu eczematide seboreice (vezi Dermatita seboreică), unguente cu calomel şi sulf precipitat 1—3%.

Dintre loţiunile revulsive mai utilizate se recomandă :
Rp. Chinină clorhidrică 2 g
Pilocarpină nitrică (clorh.) 0,50—1 g
(sau
T-ra Jaborandi 20 g)
Liquor Hoffmanni 100 g (respectiv 80 g)

Rp. Amoniac 5 g
Ol. Terebentină 10 g
Alcool de 70° 120 g

Rp. Acid salicilic 1 g
Pilocarpină nitrică (clorh.) 0,50 g
Acid acetic conc. 10—15 g
Alcool de 70° ad 100 g

Unii autori recomandă şi corticosteroizi în aplicaţii locale (Locacorten, Synalar şi, mai ales, Triamcinolon).

Iradierile cu ultraviolete constituie un bun mijloc terapeutic revulsiv.

Tratamentul alopeciei premature, atît local, cît şi general, poate da unele rezultate (cel puţin o încetinire în ritmul căderii părului) şi o regenerare, satisfăcătoare, cu condiţia să fie continuat cu perseverenţă ani de zile, prin repetarea diferitelor medicaţii prescrise, în cure de 1—2 luni, cu pauze egale.

PELADA (alopecia arlata)

Este o alopecie necicatriceală, în plăci, cu etiologie complexă, care atinge cu predilecţie indivizii tineri.

Simptome. Se manifestă prin una sau mai multe plăci alopecice cu suprafaţa netedă lucioasă, rotund-ovalare, cu contururi regulate, de dimensiuni variabile. Perii bolnavi de la periferia plăcilor se smulg uşor. Pe suprafaţa acestora pot pensista în perioada de evoluţie „peri peladici" în semn de exclamaţie. Pelada poate atinge toate zonele păroase, dar cu predilecţie pielea capului. În pelada regiunii temporale, perii nu sînt căzuţi în totalitate. O formă particulară, frecvent întîlnită la copil, este pelada ofiazică, cu debut în regiunea occipitală, extinzîndu-se circular pe părţile laterale ale pielii păroase a capului ; are un prognostic sever, putînd con-

Scanned with OKEN Scanner

duce, mai frecvent decît cea în plăci, la o peladă decalvantă. De cele mai multe ori, aceasta din urmă se instalează rapid, în cîteva săptămîni, sau chiar în cîteva zile, prin confluarea plăcilor izolate ; progresiv, ea poate interesa şi perii sprîncenelor, cililor şi ai bărbiei, adesea întreg sistemul pilar (pelada universală), asociindu-se şi leziuni unghiale. Prognosticul peladei decalvante este mai favorabil la copii decît la adulţi ; la aceştia din urmă, pelada decalvantă şi universală devine adesea incurabilă. Pelada bărbii evoluează adesea independent de pelada pielii capului.

Etio-patogenia, puţin cunoscută, comportă intervenţia unor factori complecşi, neuropsihici (şocuri emoţionale, nervozism, insomnii, disendocrinii — îndeosebi hipertiroidism), infecţioşi (focare de infecţie, îndeosebi dentare, sifilis congenital), care în ultimă instanţă duc la o vasoconstricţie reflexă a arteriolelor nutritive ale tubului pilos.

TRATAMENTUL GENERAL

Este obligatoriu în formele cu leziuni multiple şi cele grave, fiind în primul rînd etiologic. Constă în administrarea de :

Sedative nervoase, neuroleptice şi tranchilizante (vezi Eczemele), mai ales Clordelazin, Meprobamat, Napoton, Atarax, în cure prelungite, de 30—40 de zile.

Se vor face investigaţii endocrinologice asupra stării funcţionale a tiroidei şi corticosuprarenalelor ; eventualele tulburări vor fi tratate cu preparate tiroidiene (Tiroidă, Tiroton) sau antitiroidiene (Iozinan, Iodură de potasiu, soluţie Lugol, Metiltiouracil, pe care unii autori îl prescriu şi în absenţa unui metabolism mult crescut), Vitamină A, hormoni sexuali la bărbaţi (Testosteron, Metiltestosteron), extracte antehipofizare (Gonacor, sinonim Prolan).

Se vor corecta şi trata focarele infecţioase dentare şi rino-faringiene.

Corticoterapia constituie un tratament cu rezultate imediate bune în peladele decalvante şi ofiazice, rebele la tratamentele uzuale. Ea poate fi aplicată, chiar de la început şi în doze mari în formele grave, rapid evolutive : Prednison 30—40 mg/24 de ore, Dexametazon (Superprednol) 4—8 mg/24 de ore şi Supercortisol 20—30 mg/24 de ore : în formele lente evolutive, rebele însă la tratamentele uzuale, corticoizii pot fi utilizaţi în doze mici (Supercortisol şi Prednison 10—15 mg/zi sau Superprednol 1 mg/zi) în cure prelungite de 30 de zile, repetate la nevoie de două-trei ori, după intervale tot de 30 de zile. Într-un mare număr de cazuri, însă, creşterea părului, care nu se produce înainte de 45—60—90 de zile, este trecătoare, pelada reinstalîndu-se după întreruperea tratamentului. De aici necesitatea ca acesta să fie continuat prin alte medicaţii timp de 1—2 ani.

Se mai pot prescrie săruri arsenicale (vezi Psoriazisul, Lichenul) şi fosforice (vezi Alopeciile), Folcisteină, Vitamină B_1, Pantotenat de calciu, fiole, Vitamină D_2 (vezi Alopeciile) şi vasodilatatoare periferice (Padutin, Tolazolin, Vitamină PP, Butedrin) (vezi Sclerodermiile, Boala Raynaud).

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL LOCAL

Este suficient singur în plăcile unice, şi constă în fricţiuni cu substanţe revulsive (vezi Alopeciile), iradiaţii cu ultraviolete (eventual după prealabile badijonări cu substanţe fotosensibilizante : Meladinină, esenţă de bergamote) (vezi Vitiligoul), în total 7—10 şedinţe bisăptămînale, crioterapie revulsivă prin masaj uşor de cîteva secunde (doze eritematoase), şedinţe la 2—3 săptămîni, repetate de mai multe ori. Foarte utile sînt fricţiunile cu licoarea van Swieten, urmate de masaje cu unguent cu precipitat galben de mercur 3%. Un revulsiv cu acţiune vasodilatatoare prelungită, care poate fi utilizat în frictionarea plăcilor peladice unice sau puţine la număr, este nicotinatul de benzil (Revulsin în soluţii sau pomadă).

Unii autorii obţin rezultate bune prin radioterapia superficială.

II. ALOPECIILE CICATRICEALE. PSEUDOPELADA BROCQ ŞI STĂRILE PSEUDOPELADICE

(Alopeciile maculoase cicatriceale)

PSEUDOPELADA BROCQ

Este o afecţiune relativ rară a pielii păroase a adultului, caracterizată printr-o alopecie cicatriceală definitivă, cu evoluţie lent progresivă.

Simptome. Debutează insidios, prin mici plăci alopecice stelare, realizînd aspectul de paşi pe zăpadă. Prin evoluţia progresivă, plăcile confluează în placarde cu contur neregulat. Cu timpul, alopecia, limitată, iniţial la vertex, se întinde la aproape toată pielea păroasă, menajînd o bandă periferică de cîţiva centimetri. Pielea de la nivelul plăcilor alopecice devine sclero-atrofică, lucioasă. Foliculii piloşi sînt aparent indemni ; uneori pot fi sediul unei discrete papule roşii sau cornoase, peripilare.

Cauza afecţiunii nu este cunoscută.

Alături însă de pseudopeladă, admisă ca entitate autonomă, există o serie de afecţiuni bine determinate, care pot realiza, prin localizările lor la nivelul pielii păroase a capului, leziuni asemănătoare pseudopeladei Brocq, de care se deosebesc uneori foarte greu. Este vorba de lichenul plan, lupusul eritematos, sclerodermia, foliculita decalvantă Quinquaud, favusul şi acneea conglobată. O formă clinică particulară de stare pseudopeladică o constituie sindromul Graham-Little-Lassueur, care reuneşte o alopecie maculo-cicatriceală a pielii capului cu o alopecie difuză sau totală necicatriceală a axilelor şi a pubelui şi cu o keratoză foliculară a tegumentelor trunchiului şi membrelor, coexistînd uneori cu leziuni de lichen plan bucal sau cutanat.

TRATAMENTUL GENERAL

Tratamentul stărilor pseudopeladice se va identifica, în faza evolutivă, cu acela al afecţiunilor care le provoacă.

Pseudopelada adevărată nu are un tratament etiologic. Se pot încerca cu oarecare rezultate antibiotice de tipul tetraciclinei, 2 g/24 de ore, în cure de 15—20 de zile, corticoterapia şi stimulante ale creşterii părului (vezi Pelada), între care, Vitamina A, acidul pantotenic (Pantotenat de calciu), acidul paraaminobenzoic (Romavit) şi cisteina (Folcisteina).

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor face masaje cu creme şi pomezi conţinînd Hidrocortizon 1—2% (Cornemin), preferabil corticoizi fluorinaţi (Locacorten, Synalar şi Triamcinolon), apoi fricţiuni cu revulsive, inclusiv ultraviolete (vezi Pelada). Mai sînt indicate masajele cu pomezi conţinînd medicaţii reductoare, ca uleiul cadic şi gudronul mineral 10—20%. Masajele vor fi prelungite, la început zilnic sau la două zile, apoi mai rar, la trei zile sau o dată pe săptămînă, spălîndu-se părul a doua zi.

CANIŢIA

Cînd apare prematur constituie o manifestare patologică de îmbătrînire a părului.

Etio-patogenie. Caniţia patologică, exceptînd leucotrichia şi albinismul (stări congenitale, prima afectînd numai pigmentaţia părului, cea de-a doua comportînd atît acromia părului, cît şi a pielii şi a retinei), poate surveni în împrejurări ca : şoc emotiv puternic, boli neuropsihice, hipertiroidii, peladă, vitiligo.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi în primul rînd etiologic, în caniţia distiroidiană, peladă, vitiligo, tratamentul general identificîndu-se cu acela al afecţiunii în cauză.

Tratamentul patogenic constă în administrarea în cure prelungite (45—60 de zile) a acidului paraaminobenzoic (Romavit, 2—4 g/24 de ore) în asociere cu acid pantotenic (Pantotenat de calciu, o fiolă a 0,5 g/24 de ore sau Panthenol) sau Vitamină A (vezi Alopeciile) asociată cu Romavit şi cu Pantotenat de calciu.

TRATAMENTUL LOCAL

Se poate recurge la metode de colorare artificială a părului prin tincturi ; însă, în special cu cele pe bază de parafenilendiamină, există riscul unor dermite artificiale. Sînt preferabile tincturile vegetale, pe bază de săruri metalice (fier, cobalt, nichel, exceptînd plumbul, care este toxic) sau acid galic sau pirogalic. Pentru nuanţele de blond se poate recurge la apă oxigenată şi amoniac.

PITIRIAZISUL SIMPLU (USCAT) AL PIELII CAPULUI (MĂTREAŢA)

Este o frecventă stare anormală a pielii capului, caracterizată prin mici scuame, uneori grase, care se detaşează şi se refac continuu. Această stare scuamoasă este difuză, deosebindu-se de alte afecţiuni (eczematide, psoriazis, micoze etc.) în care pitiriazisul este circumscris. Mătreaţa apare de obicei către pubertate, după vîrsta de 10—12 ani, accentuîndu-se către adolescenţă şi la adult. Ea poate precede sau însoţi seboreea pielii capului.

La etiologia sa sînt incriminaţi factori endocrini şi infecţioşi (stafilococul şi streptococul).

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

Este indicat în formele cu descuamaţie şi seboree accentuate, rebele la tratamentul local. Se pot prescrie (vezi şi Alopecie prematură) : estrogeni, Vitamină B_6, Vitamină A, Vitamină D_2, Folcisteină U.

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor aplica, după spălare cu săpun de gudron sau ihtiol, loţiuni cu acid salicilic şi rezorcină :

Rp. Acid salicilic 1—2 g
Resorcină 2—4 g
Ol. ricin V—X pic.
Alcool 70°, 100 g
Se fac fricţiuni zilnice. Se spală părul de două ori pe săptămînă.

HIPERHIDROZA

Hiperhidroza este o transpiraţie excesivă, generalizată sau localizată la anumite regiuni ale corpului : palme, plante, axile, faţă, pielea capului, perineu.

Etio-patogenie. În hiperhidroza localizată joacă un rol cert predispoziţia constituţională, care determină o hiperactivitate — cu sau fără hiperplazie — a glandelor sudoripare, la care se pot asocia uneori tulburări neurovegetative (simpaticotonie) ş. a. Deseori sudoarea este bogată în acizi organici, degajînd un miros dezagreabil, insuportabil (bromhidroză), de obicei în regiunile axilare ; mai rar, tot la nivelul acestora, sudoarea este colorată în roşu, brun, albăstrui (cromhidroză).

TRATAMENTUL GENERAL

Medicaţia antisudorală de elecţie este reprezentată de principiile active ale beladonei şi de produse sintetice omologe :

— *Foladon* (Belatot), comprimate conţinînd 0,25 mg alcaloizi totali din *Radix Belladonnae*, cîte 2—3/24 de ore ;

— *Fobenal (Belafital)* (sinonim Belladenal), comprimate conţinînd alcaloizi totali din *Radix Belladonnae* 0,25 mg şi fenobarbital 0,03 g, cîte 2—3/24 de ore ;

— *Bergonal* (Belengon) (sinonim Bellengal), drajeuri conţinînd : alcaloizi totali din *Radix Belladonae* 0,25 mg, alcaloizi totali din *Secale cornutum* 0,30 mg şi fenobarbital 0,03 g, cîte 2—3/24 de ore ;

— *Sulfat de atropină*, fiole cu soluţie apoasă injectabilă 1‰ (1 mg/fiolă) şi 0,25‰ (0,25 mg/fiolă) ; se administrează cîte 0,25—1 mg/24 de ore.

Toate preparatele enumerate se dau în timpul sau după mese, şi nu înaintea meselor, deoarece tulbură digestia prin acţiunea lor de diminuare a secreţiei gastrice. Curele sînt de 15—20 de zile, putîndu-se repeta după pauze de 7—10 zile.

Mai pot fi prescrise ca fiind dotate cu proprietăţi antisudorale : Clordelazin, drajeuri a 25 mg, cîte 2—4/24 de ore sau Plegomazin, fiole a

Scanned with OKEN Scanner

25 mg, cîte 1—2/24 de ore, Histamină, fiole conținînd soluție apoasă injectabilă 1/10 000, în doze progresiv crescînde, de la 0,1 la 0,5 sau chiar 1 ml, intradermic sau subcutan.

TRATAMENTUL LOCAL

Este de obicei mult mai eficace decît cel general și constă în badijonări bi- sau trisăptămînale cu :

Rp. Formaldehidă (formol comercial) 2—5 g
Alcool de 70° 100 g

Rp. Acid cromic 2—5 g
Alcool de 70° 100 g

Rp. Acid salicilic 0,50—1 g
Mentol 0,50—1 g
Formaldehidă 2—5 g
(în funcție de intensitatea transpirației și a toleranței locale)
Alcool camforat ad 100 g

După badijonare sau independent se pot face pudraje cu :

Rp. Acid salicilic 1 g
Acid boric 2 g
Talc 97 g

Un preparat comercial foarte activ și bine tolerat este Nonodor.

În formele palmare sau plantare intense și rebele la tratamentele medicamentoase, unii autori recurg, *in extremis* la radioterapie, aplicată cu multă prudență și de specialiști foarte experimentați (risc mare de radiodermită) sau la simpatectomie preganglionară și chiar gangliectomie simpatică.

BOALA FOX-FORDYCE

Este o afecțiune care atinge regiunile unde își au sediul glandele sudoripare apocrine : axile, mamelon, pube, regiunea periombilicală, regiunea vulvară (labiile mari), perineu, fiind observată aproape exclusiv la femei între 18 și 40 de ani extrem de rar la bărbați.

Simptome. Dermatoza se caracterizează prin mici papule emisferice diseminate, de mărimea unui bob de mei pînă la aceea a unui bob de piper, semidure, roz-gălbui sau ușor pigmentate în brun, grupate în placarde situate în regiunile amintite. Se însoțesc constant de prurit intens, survenind în crize vesperale sau nocturne, cu intensificări premenstruale. Durata bolii este indefinită.

Etio-patogenia, discutată încă, pare să fie cea disendocriniană (apariția în perioada de dezvoltare și activitate sexuală, intensificarea premenstruală a pruritului, predominanța la sexul feminin).

TRATAMENTUL GENERAL

Administrarea corectivă a unei medicații hormorale adecvate (estrogeni, progesteron, androgeni, gonadostimuline) (Gonacor), la care se poate

Scanned with OKEN Scanner

asocia, în perioadele crizelor pruriginoase, o medicaţie neurosedativă, tranchilizantă : Fenobarbital, Hipnogal, Clordelazin, Romtiazin, Romergan, Meprobamat şi, mai ales, Levomepromazin (vezi Eczemele).

TRATAMENTUL LOCAL

Singurul eficace, constă în fizioterapie : crioterapie, sub presiune medie, radioterapie superficială şi, mai ales, electrocoagularea punctată a fiecărui element în parte, în mai multe şedinţe.

Între şedinţele în care s-au aplicat diferitele procedee citate şi independent de acestea se vor aplica loţiuni sau mixturi antipruriginoase (vezi Pruriturile şi Prurigourile), precum şi unguente cu corticosteroizi, îndeosebi fluorinaţi (Locacorten, Synalar) şi Triamcinolon, în masaje uşoare de trei-patru ori pe zi sau pansamente ocluzive.

MILIARIA

Miliaria este un sindrom cutanat acut, provocat de o retenţie sudorală consecutivă unei obstruări a conductului glandelor sudoripare ecrine.

În raport cu cantitatea de sudoare şi cu aspectul leziunilor conductului sudoripar se disting trei tipuri clinice :

MILIARIA CRISTALINĂ (sudamina, miliaria albă)

Se manifestă prin vezicule de 1—2 mm în diametru, cu lichid clar, fără reacţie inflamatorie şi infiltraţie papuloasă. Apare pe torace, abdomen, flancuri şi feţele de extensie ale membrelor superioare, frunte. Survine mai frecvent la adulţi, după insolaţii şi pirexii, mai rar după pansamente ocluzive. Erupţia dispare spontan după cîteva zile.

MILIARIA ROŞIE

Se caracterizează printr-o erupţie de vezicule foarte mici, situate pe o bază papuloasă, înconjurată de o zonă eritematoasă inflamatorie. Sînt pruriginoase sau produc senzaţia de înţepături şi se localizează pe torace, în special în regiunile laterale, subaxilare. Este foarte frecventă la sugari, la care apare pe faţă, gît, plici. Este favorizată de transpiraţii abundente şi proasta igienă corporală şi vestimentară. Reacţia inflamatorie se datoreşte acţiunii iritante a sudoraţiei şi infecţiei cu piococii banali ai pielii.

MILIARIA PROFUNDĂ

Este o formă mai rară, traducîndu-se prin mici elemente papulo-nodulare de 1—3 mm în diametru de culoare roz-gălbuie.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi în special etiologic şi se va adresa în primul rînd cauzelor transpiraţiei exagerate : se va evita expunerea excesivă la soare, se va

Scanned with OKEN Scanner

reduce căldura mediului ambiant, evitîndu-se totodată îmbrăcămintea groasă şi cea de material plastic ; în al doilea rînd vor fi evitaţi factorii iritanţi, săpunurile cu sodă şi excesiv utilizate, detergenţii etc. ; se va evita tensiunea emoţională, un alt stimulent al transpiraţiei.

Tratamentul patogenic constă în administrarea medicaţiilor antisudorifice de elecţie celor care transpiră mult : Atropină, Bergonal, Foladon, Fobenal, Clordelazin (vezi Hiperhidroza), în cure de 10—15 zile, repetate la nevoie.

În formele cu componentă piococică pronunţată (miliarie pustuloasă) se vor administra antibiotice (vezi Piodermitele) : Penicilină G, Oxacilin, Meticilin, Eritromicină etc.

TRATAMENTUL LOCAL

Pentru prevenirea complicaţiilor infecţioase, cei care prin natura profesiunii sînt predispuşi la transpiraţie excesivă şi la contactul cu praful sau substanţe chimice iritante, vor face băi sau duşuri dese, zilnice. Copiii vor fi pudraţi după băi cu talc boricat 0,5—1% (dar pe suprafeţe limitate şi cu intermitenţă, din cauza riscului de absorbţie a acidului boric).

Tratamentul local propriu-zis constă în aplicarea unor mixturi calmante :

Rp. Talc
Oxid de zinc āā 30 g
Glicerină
Apă q. s. pentru 120 g
Anestezină 2,40 g
Mentol 0,24 g
contraindicată la sugari)

În miliaria roşie pustuloasă se vor adăuga mixturilor antibiotice (Neomicină 1%, Cloramfenicol 2—3% sau Tetraciclină 2%).

Pentru a combate reacţia inflamatorie şi pruritul se poate adăuga şi Hidrocortizon 0,25—0,50% (vezi Prurigourile). În formele cu leziuni profuze grupate în placarde, inflamatorii şi pruriginoase se vor utiliza şi unguente cu corticosteroizi (Cornemin, Locacorten, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan) sau, preferabil, Terra-Cortryl, flacon *spray*.

GRANULOSIS RUBRA NASI

Denumită şi hiperhidroza nazală infantilă, această dermatoză asociază : o roşeaţă difuză violacee, o hiperhidroză în picături a pielii nasului şi prezenţa pe acest fond a numeroşi noduli miliari. Uneori, leziuni asemănătoare apar şi pe bărbie, obraz şi buza superioară.

Afecţiunea apare în prima copilărie, atenuîndu-se către pubertate, fără a lăsa urme ; foarte rar poate persista indefinit.

Etiologia, insuficient cunoscută, presupune un factor genetic, ereditar, transmis în dominanţă sau recesivitate, cu hiperplazie a glandelor sudoripare şi o hiperhidroză prin mecanism neurovegetativ şi endocrin.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

Se pot administra preparate de bază de Beladonă (vezi Hiperhidroza) : Bergonal, cîte 2—3 drajeuri/24 de ore, la copiii de 7—15 ani 1—2 drajeuri/24 de ore, sau Fobenal şi Foladon cîte 2—3 comprimate/24 de ore, la copiii de 2—5 ani, 1/4 o dată — de trei ori/24 de ore, între 5 şi 10 ani 1/2 comprimat o dată — de trei ori/24 de ore, între 10 şi 15 ani 1—2 comprimate/24 de ore. Nu se administrează copiilor sub 3 ani.

TRATAMENTUL LOCAL

Este superior ca eficacitate şi constă în aplicarea de unguente conţinînd resorcină 3—5% şi gudron 2—3%, la care se pot asocia şi corticosteroizi (Hidrocortizon 1—2%) sau ;

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Resorcină 0,50—0,75 g
Gudron 0,30 g

Se mai recomandă radioterapie superficială în doze mici, iradieri cu ultraviolete, crioterapie şi electrocoagulare punctiformă a glandelor hiperplaziate.

Scanned with OKEN Scanner

XX

BOLI ALE MUCOASEI BUCALE

CHEILITELE

Cheilitele sînt afecţiuni inflamatorii şi degenerative (distrofice) ale buzelor, avînd cauze şi mecanisme patogenice diferite.

Din această cauză, clasificarea satisfăcătoare este foarte dificilă. Cea mai cuprinzătoare ar fi aceea anatomoclinică şi etiologică, după care cheilitele se împart în două grupuri mari : acute şi cronice.

Cheilite acute : a) *infecţioase* (streptococ, levuri), primare sau secundare (impetigo, stomatite cu *Candida*), de virulenţă sau alergice : b) *medicamentoase* (chimice), profesionale sau neprofesionale (ruj de buze, pastă de dinţi etc.), alimentare, iritative obligatoriu sau alergice : c) *prin factori fizici* (ultraviolete, vînt, căldură excesivă).

Cheilite cronice : a) *cheilite keratozice :* solare, tabagice, mixte sau prin localizare labială a unor dermatoze bine definite (lichen plan, lupus eritematos, herpes cronic recidivant şi de cauză nedefinită) ; b) *radiodermita buzei ;* c) *cheilite glandulare ;* d) *macrocheilite* (edem cronic şi elefantiazisul buzei, microbian sau de cauză necunoscută, macrocheilita granulomatoasă Miescher şi sindromul Melkerson-Rosenthal) ; e) *cheilite keratozice cronice.*

În majoritate cazurilor sînt localizate la buza inferioară şi au o etiologie foarte variată, adeseori mai mulţi factori concurînd concomitent. Clinic se prezintă sub aspecte diferite, în raport cu factorul etiologic predominant şi cu stadiul de evoluţie de la simpla exfoliere difuză la hiperkeratoză accentuată, cu scuame cornoase, groase, fisuri şi ulceraţii sau plăci keratozice mai proeminente. Factorii etiologici importanţi în apariţia acestor cheilite sînt : iradierile solare repetate şi prelungite excesiv la cei care profesiunea îi obligă să lucreze mult sau exclusiv în aer liber, fumatul unui tutun tare şi insuficient rafinat, cu consumarea ţigării pînă la capătul lipit de buze şi proasta igienă bucală, care duce la paradentoze şi depozite abundente de tartru, carii ; se mai găsesc frecvent la aceşti bolnavi tulburări digestive cronice. În cazul cheilitelor prin localizare la-

Scanned with OKEN Scanner

bială a unor afecțiuni cutanate ca lupusul eritematos, lichenul plan, herpesul cronic recidivant și radiodermita, leziunile mai mult sau mai puțin caracteristice acestora pot afecta buza în exclusivitate sau într-un context clinic cu localizări pe restul tegumentelor și mucoaselor, care ușurează mult diagnosticul ; adesea leziunile sînt atipice, îmbrăcînd toate aspectul hiperkeratozic descuamativ sau leucoplaziform.

Prin continuarea acțiunii nocive a factorilor amintiți, cheilitele keratozice solare și tabagice pot ajunge după un număr de ani la transformarea malignă.

Cheilitele glandulare comportă leziuni inflamatorii și degenerativ-keratozice ale buzelor (mai frecvent unilateral pe cea inferioară), favorizate de prezența anormală, heterotopică la nivelul acestora, a unor minuscule glande salivare, situate în număr de cîteva zeci, îndeosebi în zona Klein (interlinia mucoasă-semimucoasă). În raport cu intensitatea procesului inflamator și a complicațiilor ce pot surveni (fisuri, ulcerații, plăci leucoplazice sau keratozice, cornoase ș.a.), cheilitele glandulare realizează aspecte variate, considerate adevărate tipuri sau varietăți clinice : cheilita glandulară simplă (Puente-Acevedo), cheilita glandulară supurativă superficială (Baelz-Unna) și cheilita glandulară supurativă profundă (Volkmann).

Mecanismul patogenic al acestei evoluții stadiale rezidă în reacția inflamatorie produsă de prezența în număr relativ mare a acestor glande, care prin tumefierea și prognația accentuată a buzei devin mai sensibile și accesibile acțiunii diferiților factori iritativi externi anunțați cu ocazia etiologiei cheilitelor keratozice, inclusiv acțiunii propiei salive provenind din secreția acestor glande. În stadiile avansate, cu fisuri și ulcerații, se pot produce și infecții secundare cu supurație variabilă, constituind cheilitele glandulare supurative, cu un important potențial cancerigen.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi individualizat în funcție de etiologia tipului de cheilită.

În cheilitele acute microbiene, cu leziuni intens inflamatorii și supurative, se vor administra cure scurte de antibiotice (Penicilină G, Eritromicină, Tetraciclină), iar în cele cu *Candida* (vezi Candidozele), Stamicină.

În formele microbiene de tip alergic, ca și în cele de origine chimică se pot asocia eventual și corticoizi în cure scurte și doze mici : Prednison 20—30 mg/24 de ore, Supercortisol 15—20 mg/24 de ore.

În cheilitele keratozice prin afecțiuni bine definite (lupus eritematos, lichen etc.), tratamentul se identifică cu al dermatozei în cauză.

În cheilitele keratozice de cauză complexă, solare, tabagice, cu supurație prin infecție secundară, se vor administra antibiotice ca mai sus. De asemenea pot fi încercate și aci cure scurte de corticoizi. Se mai pot prescrie : vitamină B_2 în cure de 20—30 fiole a 10 mg, cîte una pe zi, vitamină A în doze medii (50 000—100 000 u./24 de ore din soluția uleioasă pentru uz intern), Pantotenat de calciu o fiolă/24 de ore, Clorochin 1—$1^1/_2$ comprimate/24 de ore, ca fotodesensibilizant (vezi și Lupusul eritematos).

Scanned with OKEN Scanner

Se mai prescriu la cei cu tulburări digestive cronice (vezi Eczemele) : eupeptice şi chimioterapie cu eubiotice ale florei microbiene intestinale (Mexaform, Saprosan).

TRATAMENTUL LOCAL

În formele de cheilite microbiene sau cu infecţie secundară se vor aplica — după eventuale comprese cu soluţii de slab antiseptice (acid boric 2%, Fenosept 1% etc.), unguente cu antibiotice (Tetraciclină 3%, Neomicină 0,1—0,5%), preferabil în asociere cu corticosteroizi (Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan sau

Rp. Locacorten 15 g (1 tub)
Neomicină 0,15 g

În formele acute de origine chimică, ca şi în cele cronice keratozice nesupurate, pot fi aplicate unguentele cu corticoizi în exclusivitate (Locacorten, Synalar, Triamcinolon) în cele din urmă un timp îndelungat.

În formele rebele la tratamentele cu unguente conţinînd corticosteroizi se poate recurge la infiltraţii cu Hidrocortizon (diluat 1/1 cu Xilină sau Procaină 2%), cîte două pe săptămînă, sau la electrocoagulare superficială razantă (Dimitrescu), cu cicatrizare supravegheată, utilizîndu-se unguente cu corticosteroizi şi antibiotice (Cornemin, Synalar). Unii autori recurg la radioterapia superficială, în special cu raze Bucky.

În cheilitele glandulare, tratamentul este în linii mari asemănător celui din cheilitele keratozice cu infecţie secundară şi reacţie inflamatorie. În formele nesupurate şi nekeratozice se va încerca distrugerea glandelor salivare heterotopice prin electrocoagularea punctată a fiecăreia în parte.

STOMATITELE ACUTE BANALE

Sînt inflamaţii difuze cu evoluţie acută sau uneori subacută ale mucoasei bucale ; ele se datoresc unor cauze variate, locale sau generale, cel mai adesea infecţioase (streptococ, fuzospirili, *Candida*) sau chimică (medicamentoase) : mercur, bismut, arsenic, aur, azi etiologie rar întîlnită ; mai pot produce stomatite, penicilina, cloramfenicolul, streptomicina, hipovitaminoza B_2, difenilbutandoina etc., şi unele alimente iritante : roşii, portocale, nuci sau cauze fizice (stomatita electrogalvanică) ori mecanice (tartru dentar, dinţi tăioşi).

Aspectul clinic al acestor stomatite este polimorf : eritematos, eroziv, pseudomembranos, ulcerativ.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi în special etiologic. După caz se vor îndepărta cît mai grabnic substanţele în cauză şi se vor face tratamente cu antibiotice : Penicilina G, sodică sau potasică, 1 200 000—2 400 000 u./24 de ore, Eritromicină 1—2 g/24 de ore Tetraciclină 1—2 g/24 de ore, timp de mai multe zile.

Simptomatic şi patogenic se vor administra : a) antihistaminice de sinteză (Romergan, Clorfenoxamin, Nilfan, Feniramin) (vezi şi Eczemele),

Scanned with OKEN Scanner

b) Neuroleptice şi tranchilizante (Levomepromazin, Meprobamat, Napoton) şi corticosteroizi (Prednison, Supercortisol) (vezi Eczemele), vitamine C 1—2 g/24 de ore, B_2 10—20 mg/24 de ore.

TRATAMENTUL LOCAL

Constă în gargarisme cu soluţii slab antiseptice (Rivanol, permanganat de potasiu şi calmante (Romazulan diluat, Xilină 1/500).

Leziunile erozive şi ulcerative rezistente vor fi atinse zilnic cu o soluţie de albastru de metilen 0,50% sau cu o soluţie de acid nitric 0,50—1% (la 2 zile).

GLOSODINIA (glosopiroza)

Constă într-o senzaţie de durere, dar mai ales de arsură, uneori de înţepătură, difuză sau limitată la o zonă a limbii, fără o leziune obiectivă vizuală. Senzaţia se manifestă continuu, uneori cu intermitenţă, accentuîndu-se în unele perioade ale zilei sau la contactul mucoasei cu alimente condimentate, băuturi alcoolice, fumat. Prin caracterul său persistent şi rebel la tratamente întreţine şi exagerează tulburările neuropsihice, adesea deja existente la aceşti bolnavi, care sînt anxioşi obsedaţi, îndeosebi cancerofobi.

Etio-patogenie. De cele mai multe ori, glosodinia nu are a cauză precisă : apare uneori după tratamente cu antibiotice, în legătură cu o glosită candidozică anterioară sau cu o limbă viloasă ; poate însoţi o anemie pernicioasă sau hipocromă, un diabet, tulburări digestive, cronice şi de nutriţie ; mai rar substanţe iritante sau alergizante (pastă de dinţi, alimente, proteze dentare, infecţii dentare) pot juca un rol etiologic. Se întîlneşte frecvent la femeile în menopauză.

TRATAMENTUL GENERAL

Este lipsit cel mai adesea de rezultate de durată, fiind nevoie de luni şi ani pentru a se ajunge la dispariţia simptomelor subiective. Este mai mult de ordin psihoterapic, urmărindu-se a convinge bolnavii că nu este vorba de afecţiuni cu leziuni organice şi mai ales de un cancer virtual.

Tratamentul medicamentos constă în administrarea de neuroleptice şi tranchilizante (Clordelazin, Levomepromazin, Meprobamat, Napoton), sedative nervoase (Fenobarbital, bromuri etc.) şi antihistaminice (Romergan, Feniramin, Nilfan şi Clorfenoxamină), eventual asociate între ele (cocteil). Vor fi cercetate tulburările digestive cronice care duc, datorită disbiozei intestinale la modificări ale pH-ului salivar, ale keratinogenezei papilelor linguale (vezi Eczemele) ; Cloramfenicol, Saprosan, Mexaform, Cifoform, Triferment sau Acidopeps, vitamină C şi A în cure de 30 de zile, eventual repetate. Se mai recomandă Folcisteina, 20—30 de injecţii pe serie.

TRATAMENTUL LOCAL

Se prescriu infiltraţii locale la baza limbii în special cu Xilină 1%, Novocaină sau Hidrocortizon 1%, în suspensie apoasă sau, preferabil, ule-

Scanned with OKEN Scanner

ioasă. Se mai recomandă : clătirea gurii cu cloral hidrat în soluţie apoasă 1/300, xilină în soluţie de 1/500 cîte 3—5 minute, de două ori pe zi, sau badijonări cu soluţii diluate de Romengan (1—2%) sau acid tricloracetic 5%.

În cazurile foarte rebele se poate încerca electrocoagularea în puncte izolate superficiale (Degos).

Dacă există concomitent şi o xerostomie accentuată se va prescrie pilocarpină clorhidrică, cîte 0,20 mg pe zi, mai multe zile, sau să se sugă bomboane.

GLOSITELE CRONICE

Reprezintă manifestări inflamatorii sau degenerative ale mucoasei linguale, cu diferite etiologii (pentru leucoplazie şi muguet, vezi Leucoplazia şi Candidozele).

GLOSITA LOSANGICĂ MEDIANĂ (Brocq-Pautrier)

Se prezintă sub forma unei plăci roşii romboidale, situate pe faţa dorsală a limbii, cu axa mare dispusă longitudinal pe linia mediană, imediat înaintea V-ului lingual. Suprafaţa, roşie, uneori opalină-albicioasă, mamelonată sau netedă, este lucioasă datorită unei depapilări a limbii. Leziunea este în general indoloră ; uneori bolnavii acuză însă usturimi, arsuri, înţepături.

Natura afecţiunii este necunoscută, se discută originea sa nevică. Apare mai frecvent la bărbaţi între 30 şi 40 de ani. Evoluţia este cronică şi benignă.

GLOSITA EXFOLIATIVĂ MARGINATĂ (geografică)

Se manifestă prin plăci roşii, netede, depapilate, mărginite de un chenar albicios lat de 1—3 mm şi uşor proeminent, situate în zona periferică a dosului limbii ; prin extindere ele ajung să conflueze, realizînd zone depapilate cu contur policiclic sau geografic. Conturul se modifică datorită remanierii continue a zonelor depapilate. Leziunile sînt superficiale, fără infiltraţie subiacentă. Natura acestei varietăţi de glosită depapilantă este nelămurită ca şi în forma precedentă. Evoluţia este cronică, indefinită.

GLOSITE DEPAPILANTE DE CAUZE DIVERSE

Glosite depapilante pot fi întîlnite în cursul unor afecţiuni ca anemia pernicioasă (glosita Hunter) şi anemia hipocromă achilică, în avitaminoza C (boala Barlow, sindromul Degos — sindromul Gougerot-Sjöegren).

LIMBA ALBĂ VILOASĂ ŞI LIMBA NEAGRĂ VILOASĂ

Se datoresc unei hipertrofii cu alungire şi keratinizare a papilelor filiforme, mai accentuate în partea anterioară V-ului lingual. „Limba neagră", respectiv coloraţie brună-negricioasă a aceleiaşi zone, se datoreşte

Scanned with OKEN Scanner

oxidării keratinei de la nivelul papilelor hipertrofiate sau, după unele cercetări mai recente, depozitării fierului. Uneori leziunile se însoțesc de semne subiective, de senzația de gură rea, de arsură (glosodinie, glosopiroză). Evoluția este cronică și cu caracter recidivant.

Etio-patogenia este complexă. Cel mai adesea, însă, limba neagră survine în cursul sau după tratamente prelungite cu antibiotice. Rolul ciupercilor levuriforme, frecvent găsite la nivelul papilelor, este posibil sau nu exclusiv (prezența lor poate fi saprofitară). Au fost incriminate unele bacterii cromogene și hipovitaminozele grupului B, în special PP, prin regim carențial, dar mai ales prin tulburări digestive cronice și disbioza intestinală consecutivă.

LIMBA SCROTALĂ (plicaturată)

Este o formă particulară de glosită, o malformație congenitală relativ frecventă, care apare în a doua copilărie sau mai tîrziu, la vîrsta adultă, persistînd apoi indefinit. Se caracterizează printr-o hipertrofie a limbii, care duce la accentuarea pliurilor normale. Periodic se pot produce inflamații ale mucoasei și fisuri produse de alimente condimentate, acide, tutun și alcool sau substanțe iritante apărute ca urmare a descompunerii bacteriale a alimentelor. Limba scrotală coincide uneori cu glosita exfoliativă marginală și cu macroglosia. Ca și alte glosite, poate provoca tulburări neuropsihice, cu apariția unor parestezii de tipul celor din glosodinie.

TRATAMENTUL GENERAL

În glositele de origine cunoscută, cum sînt acelea depapilante care însoțesc afecțiuni bine definite, tratamentul etiologic se confundă cu acela al afecțiunii în cauză.

În celelalte, în care etiologia este obscură, bănuindu-se unele carențe vitaminice ca rezultat al tulburărilor digestive cronice, se vor administra vitaminele grupului B, îndeosebi B_2 (serii a 20—30 de fiole a 10 mg, cîte una zilnic) și vitamina PP, 300—600 mg/24 de ore *per os*, în cure de 30 de zile, vitamina C (1—1 1/2 g/24 de ore), vitamina A (50 000—100 000 u./24 de ore) din soluția uleioasă buvabilă sau injectabilă, Pantotenat de calciu, o fiolă la 2 zile, în serii de 20—30 de injecții. Se mai prescriu : Folcisteină U, în serii de 20—30 de injecții, cîte o fiolă la 2 zile. Se vor corecta tulburările digestive prin regim alimentar, eupeptice (Acidopeps, Triferment, Ulcerotrat etc., Mecopar forte) și eubiotice (Mexaform, Saprosan, Cifoform) (vezi Eczemele).

La indivizi cu senzații subiective pronunțate și tulburări neuropsihice se vor administra : sedative nervoase, neuroleptice și tranchilizante (Bromoval, Pasinal, Hipnogal, Bromură de calciu, Clordelazin, Romergan).

TRATAMENTUL LOCAL

Constă în evitarea alimentelor iritante (condimente, fructe acide, roșii etc.), a băuturilor alcoolice tari și a fumatului.

Scanned with OKEN Scanner

Se vor face gargarisme cu soluţii slab antiseptice (Rivanol 1/2 000 sau permanganat de potasiu 1/4 000) şi calmante (Romazulan diluat sau infuzie de camomila, conţinînd eventual Xilină 1/500. Se va păstra o riguroasă igienă bucală, dar se vor evita paste de dinţi, utilizîndu-se carbonatul de calciu.

În glosite cu leziuni erozive şi fisuri se vor face atingeri cu soluţie de nitrat de argint 0,50—1%.

În limba albă şi neagră viloasă se vor face badijonări zilnice cu creozot 1—3% (în glicerină sau oleum helianti) sau cu o soluţie de acid tricloracetic 5—10%.

În glositele în care se găseşte *Candida albicans* se vor face pudraje cu Stamicină (sau se vor suge drajeurile pînă la topirea completă, timp cît mai prelungit (vezi Candidozele).

În formele rebele se vor putea încerca şi infiltraţii cu Hidrocortizon (diluat 1/1 cu Xilină sau Procaină 2%), în şedinţe bisăptămînale.

XXI

BOLI ALE MUCOASEI GENITALE

BALANO-POSTITELE

BALANO-POSTITE MEDICAMENTOASE

O serie de substanţe medicamentoase administrate pe cale generală sînt susceptibile de a provoca la nivelul mucoasei balano-prepuţiale, leziuni inflamatorii de tip eritemato-pigmentar, sau erozive, succedînd precoce unor bule flaşte ; adesea, concomitent cu aceste leziuni buloase — pemfigoide apar elemente similare pe mucoasa bucală sau alte regiuni. Medicamentele cel mai frecvent în cauză sînt : antipirina, fenacetina, piramidonul, fenolftaleina (conţinute de unele droguri laxative) şi mai ales sulfamidele.

BALANO-POSTITE DIABETICE

În cursul diabetului pot să apară pe gland şi prepuţul intern leziuni inflamatorii erozive şi supurative, de natură infecţioasă mixtă, microbiană şi candidozică. Atît germenii microbieni saprofitari banali, inclusiv anaerobi, cît mai ales ciupercile levuriforme îşi exaltă virulenţa în condiţiile favorabile create de urinile conţinînd zahăr, devenind patogene ; glandul şi prepuţul sînt inflamate, acesta din urmă avînd orificiul crestat de numeroase fisuri. Prin repetarea procesului inflamator se instalează lent o reacţie fibroasă (vezi *Kraurozisul penian*), care se poate complica cu o fimoză şi chiar gangrena.

BALANOPOSTITE INFECŢIOASE

Acestea au un caracter de infecţie prematură şi pot fi produse de germeni microbieni diverşi şi de ciuperci levuriforme (Candida).

— **Balano-postita erozivă circinată (Berdal şi Bataille)** este o afecţiune frecventă care apare la cei cu o igienă locală defectuoasă, caracteri-

zată prin eroziuni cu contururi mai mult sau mai puțin curbilinii, adesea geografice, neregulate, cu suprafața roșie, secretîndă. Secreția este purulentă galben-verzuie, abundentă, mirositoare. Germenii cauzali sînt: spirochete și spirili banali, bacili subțiri și diverși cocci. Adesea există o adenopatie regională sifiloidă.

— **Balanita pustulo-ulceroasă (Du Castel)** este o varietate mai rară, caracterizată prin pustule mici, gălbui, care duce mai tîrziu la o balanopostită difuză, cu sau fără eroziuni, asemănătoare precedentei. Este asimilată azi aftozei genitale.

— **Balano-postitele simple inflamatorii sau erozive,** tot de natură infecțioasă, pot surveni cu caracter secundar, complicînd leziuni preexistente, ca acelea de eczematidă (parakeratoze), dermite de contact eritemato-edematoase sau veziculoase, psoriazis, lichen plan, eritroplazie Queyrat etc. pe care le pot masca.

— **Balano-postitele candidozice,** relativ rare, pot apărea și în afara diabetului, primitive sau în urma unui tratament cu antibiotice. Se prezintă sub formă de plăci roșii netede sau cu eroziuni foarte superficiale, pruriginoase, adesea acoperite de depozite albicioase caracteristice, asemănătoare celor observate în cavitatea bucală.

TRATAMENTUL GENERAL

Va fi mai ales etiologic. Se va cerceta sistematic și corecta glicemia, respectiv diabetul, sau celelalte afecțiuni (psorizis, parakeratoze, lichen etc.) care pot favoriza o balanită secundară banală.

Tratamentul balano-postitelor gonococice și al celor tricomonazice, consecutive unor uretrite blenoragice și cu *Trichmonas vaginalis*, se confundă cu acela al localizării primare; în uretrita gonococică se vor administra: Penicilină G 1 200 000 u./24 de ore, asociată eventual cu Streptomicină 1 g/24 de ore, Tetraciclină (2—3 g/24 de ore, Cloramfenicol 1 g/24 de ore, timp de 5—6 zile; în cea tricomonazică se va prescrie (vezi Pruritul vulvar) Metronidazol (Flagil), cîte 2 comprimate orale pe zi, timp de 10—15 zile (în ambele cazuri vor fi tratate și partenerele).

TRATAMENTUL LOCAL

— Balano-postitele microbiene banale, fie primare, fie secundare vor fi tratate prin băi călduțe zilnice cu o soluție slabă de permanganat de potasiu (colorată în roz) sau Fenosept (1%), după care se va badijona cu o soluție apoasă de violet de gențiană 1% și se va aplica apoi o pastă cu apă Darier cu antibiotice și corticoizi:

Rp. Neomicină 0,10 g
sau Cloramfenicol 0,25 g
Talc
Oxid de zinc
Glicerină
Apă distilată āā 2 g
Hidrocortizon 75 mg
Mai tîrziu se poate utiliza o pastă grasă cu antibiotice și corticoizi

Scanned with OKEN Scanner

Rp. Neomicină 0,10 g
Cloramfenicol 0,25 g
Talc
Oxid de zinc
Lanolină
Vaselina āā 2 g
Hidrocortizon 75 mg

iar mai tîrziu un unguent similar ca conținut: Cornemin, Synalar N, Triamcinolon cu saprosan. Întotdeauna se va aplica un mic tifon izolator peste medicament, între mucoasa glandului și cea a prepuțului, schimbat după fiecare micțiune. Dacă eroziunile întîrzie să se cicatrizeze se va recurge la atingeri cu o soluție de nitrat de argint 0,50—1%, zilnic sau la două zile, după care se va aplica o compresă umedă cu acid boric sau o pastă grasă cu antibiotice.

În balano-postitele candidozice, diabetice sau nediabetice, după prealabilele băi cotidiene sau chiar bicotidiene cu soluția slabă de permanganat de potasiu, se va șterge cu o soluție diluată 1/3 sau 1/5 de Fenosept, Decaderm, după care se vor face badijonări cu soluția de violet de gențiană 1% și se va aplica o pastă Darier cu Stamicină, antibiotice și eventual corticoizi.

Rp. Stamicină 1 000 000 u.i. (2 drajeuri)
Neomicină 0,10 g
Hidrocortizon 75 mg
Talc
Oxid de zinc
Glicerină āā 2 g
Apă distilată q.s. pentru o pastă moale

Preventiv, în cazul unui inel prepuțial strîmt congenital sau strîmtat consecutiv recidivelor repetate de balano-postită mai ales în acelea complicate cu fimoză, se recomandă incizia prepuțială dorsală sau circumcizia completă.

KRAUROZISUL PENIAN

Survenind la adulți sau la vîrstnici, kraurozisul penian, omologul celui vulvar, capătă aici semnificația unui sindrom (Degos) denumit balanită sclero-atrofică, care poate fi provocat de factori diverși, izolați sau asociați: balanite inflamatorii supurative repetate, factori endocrini cu efecte involutive, circumcizie (balanită xerotică obliterantă postoperatorie) (Stühmer), lichen sclero-atrofic ș.a.

Simptomele se traduc printr-o infiltrare scleroasă cu atrofie progresivă a mucoasei glandului și inelului prepuțial, care devin lucioase și rigide; decalotarea devine cu timpul tot mai dificilă sau imposibilă (fimoză).

Complicația cea mai frecventă este leucoplazia, prin intermediul căreia se poate ajunge la degenerarea malignă, întotdeauna epiteliom spinocelular.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENTUL GENERAL

Preventiv se va păstra o riguroasă igienă a regiunii prepuţiale prin spălături zilnice sau la două zile cu apă şi săpun, şi eventual ştengeri cu o soluţie slab antiseptică (permanganat de potasiu în coloraţie roz-palid, Fenosept 1/10), evitînd stagnările secreţiilor şi a urinii. Se vor cerceta şi trata hiperglicemia şi diabetul sau lichenul sclero-atrofic (vezi Sclerodermia).

Tratamentul propriu-zis al balanitei sclero-atrofice constituite este puţin eficace :

— corticoterapie în doze medii : Prednison 30—40 mg, Supercortisol 20—30 mg/24 de ore, Superprednol 3—6 mg/24 de ore în cure de 15—20 de zile ;

— medicaţie iodată (vezi Induraţia corpilor cavernoşi şi Retracţia aponevrotică palmară) : Iozinol, Iodură de potasiu, sol. Lugol *per os* etc. ;

— Vitamina E, cîte o fiolă a 300 mg la 2 zile, în serii repetate de 15—20 de fiole, în asociaţie cu :

— Vitamina PP, 3—6 comprimate a 100 mg/24 de ore ;

— Vitamina A, cîte 50 000—100 000 u.i./24 de ore din soluţia uleioasă buvabilă sau injectabilă sau 20 000—50 000 u.i./24 de ore din soluţia de Vitamină A palmitat (hidrosolubilă) ;

— Testosteron, cîte o fiolă a 10 mg la 2 zile, în serii de 20—25 de injecţii (Degos) sau Metiltestosteron, comprimate sublinguale a 10 mg cîte 4—6/24 de ore, în cure de 20—30 de zile (posologia va fi individualizată de la caz la caz, în funcţie de intensitatea leziunilor, vîrstă şi rezultate).

TRATAMENTUL LOCAL

Se vor aplica (după un tratament prealabil, cu soluţii antiseptice, violet de genţiana şi antibiotice) (vezi Balanitele) unguente cu corticoizi, un timp cît mai îndelungat : Cornemin şi, mai ales, Locacorten, Synalar şi Triamcinolon.

În cazurile mai vechi se vor încerca şi infiltraţii locale cu Hidrocortizon sau Supercortisol (diluat 1/1 cu Xilină sau procaină 2%), două pe săptămînă.

Unii autori recomandă ultravioletele.

În cazurile cu fimoză şi complicate cu leucoplazie, cel mai indicat tratament este circumcizia, făcîndu-se prin aceasta şi o profilaxie a cancerului penian.

KRAUROZISUL VULVAR

Este o scleroză progresivă şi difuză, cu atrofie a vulvei, survenind la femei vîrstnice în menopauză, foarte rar la femei sub 40 de ani, castrate sau cu grave tulburări hormonale gonadice.

Mucoasa şi pielea regiunii vulvare se infiltrează, devin netede, se decolorează şi se retractă : orificiul vaginal se strîmtează, buzele se şterg.

Scanned with OKEN Scanner

Pruritul însoţeşte constant această involuţie a vulvei, exagerîndu-se progresiv şi evoluînd în crize paroxistice, prin intensitatea sa, poate conduce la grave tulburări neuropsihice.

Cu timpul pot surveni complicaţii : lichenificare, leucoplazie, ulceraţii. Frecvent subkraurozisul vulvar se descoperă histologic leziuni de lichen sclero-atrofic. Prin intermediul leucoplaziei, kraurozisul este foarte susceptibil de transformări maligne (epiteliom spinocelular), una din cele mai frecvente complicaţii ale bolii.

TRATAMENTUL GENERAL

Ca şi în omologul masculin, acest tratament oferă rezultate mediocre şi tranzitorii. Se pot încerca :

— hormonoterapia cu estrogeni (Ginosedol, Estradiol, Sintofolin, Dietilstilbestrol), a căror posologie va fi individualizată după prescripţiile medicului specialist :

— corticoterapie în doze medii : Prednisonul 30—40 mg/24 de ore, Supercortisolul 20—30 mg/24 de ore pot opri temporar evoluţia, ameliorările fiind urmate de regulă de reşute cu prurit mai violent decît anterior administrării acestora.

— Vitaminele E, PP şi A (vezi Kraurozisul penian).

TRATAMENTUL LOCAL

Se prescriu :

— unguente cu corticoizi, în special fluorinaţi : Locacorten, Synalar şi Triamcinolon ;

— infiltraţii cu Hidrocortizon sau Supercortisol (vezi Kraurozisul penian) ;

— badijonări cu loţiuni anestezice

Rp. Mentol 1 g
Fenol 0,50 g
Glicerină 5 g
Alcool de 70° 95 g
sau

Rp. Xilină 0,15 g (2 fiole sol. 4%)
Romergan 100 mg (4 fiole)
Lanolină
Vaselină āā 8 g

sau soluţie de acid tricloracetic 33% (o dată la 7—10 zile).

Se mai pot utiliza, cu rezultate însă modeste unguente şi ovule cu estrogeni (vezi şi Pruritul vulvar).

Cele mai eficace procedee rămîn însă vulvectomia şi denervarea simpatică a regiunii vulvare (Buţureanu).

Radioterapia superficială oferă rezultate tranzitorii.

Plăcile leucoplazice vor fi electrocoagulate (vezi Leucoplazia).

Scanned with OKEN Scanner

XXII

INDICAŢIILE CORTICOTERAPIEI ÎN DERMATOLOGIE *

Corticoterapia păstrează indicaţiile unei terapii nespecifice, bineînţeles cea mai importantă la ora actuală, căci cu ajutorul ei au fost vindecate boli altădată fatale. Utilizarea lor în terapeutică este condiţionată, atît de acţiunea fiziologică şi cea farmacodinamică, în raport cu starea morbidă, cu constituţia şi starea fiziologică a bolnavului cît, şi de contraindicaţiile sale.

CORTICOSTEROIZI PER OS

Cortizonul este indicat în insuficienţa suprarenală lentă şi acută ; în stările de şoc este administrat parenteral şi, cu toate că este foarte eficace, se utilizează mai puţin în ultima vreme. Hidrocortizonul are aceleaşi indicaţii ca şi cortizonul, putînd fi aplicat şi local ; în afară de aceasta este mai bine tolerat.

Prednisonul şi Prednisolonul (Supercortisolul) sînt de patru ori mai activi decît corticoizii din care sînt derivaţi. Ei au aceleaşi indicaţii ca aceştia, în afara cazului de insuficienţă renală, din cauza scăderii efectului de retenţie sodică, motiv pentru care sînt întrebuinţaţi în stările edematoase şi chiar în cazuri de hipertensiune arterială.

Metilprednisolonul de 15—20 de ori mai activ decît Prednisolonul, nu prezintă alte avantaje, decît că poate fi recomandat bolnavilor deprimaţi. *Triamcinolonul* are aproximativ aceeaşi acţiune ca Metilprednisolonul ; poate fi prescris în cazuri de hipertensiune arterială şi de obezitate şi la bolnavii cu tulburări gastrice sau excitaţi. Acest produs are o acţiune specială în sindroamele cutanate (Soughton). *Dexamethasonul* (Superprednolul), care este de şase-şapte ori mai activ decît Prednisonul este prescris bolnavilor subnutriţi, diabeticilor, dar nu persoanelor în vîrstă. Se vor evita dozele ridicate, pentru că acest produs are o mare acţiune de frînare a

* Din raportul prezentat de S. Longhin la Congresul al XIII-lea Internaţional de Dermatologie, München 1967.

Scanned with OKEN Scanner

producerii de ACTH. *Betamethasonul*, de opt ori mai activ decît Prednisolonul, poate fi administrat bolnavilor hipertensivi, cu sindroame edematoase, nefroze sau ciroze hepatice. *Paramethasonul*, care este de două ori și jumătate mai puțin activ decît Prednisonul, este indicat la bolnavii cu insuficiență cardiacă, retenție hidrică sau pentru cure prelungite. *Fluorprednisolonul*, de trei ori mai puțin activ decît Prednisonul, nu prezintă alte avantaje decît acesta. *Fluorocortisonul* nu este întrebuințat decît ca tratament suplimentar alături de hidrocortizon în boala Addison. Dexamethasonul și Prednisonul sub formă de combinații de corticoizi orali sînt foarte activi și bine tolerați.

CORTICOSTEROIZI INJECTAȚI PE CALE VENOASĂ

Hidrocortizonul este produsul cel mai indicat în cazul insuficienței suprarenale absolute sau relative. Corticoizii în injecții intravenoase sau intramusculare sînt indicați pentru acțiunea lor rapidă. Astfel avem *Hidrocortizonul sodium succinat (Hemisuccinat de hidrocortizon)* sau *Hidrocortizonul fosfat*. Prednisolonul sodium succinat și Prednisolonul fosfat sînt similari cu Hidrocortizonul sodium succinat, dar nu sînt indicați în insuficiența suprarenală ; aceste produse sînt utilizate cînd corticoizii nu pot fi luați pe cale bucală.

CORTICOIZII PENTRU INJECȚII INTRAMUSCULARE

Sînt insolubili. Ei sînt absorbiți și eliminați încet. *Cortizonul acetat* în suspensie apoasă este prescris în special în insuficiența glandei suprarenale. *Methilprednisolonul acetat* este utilizat ca antiinflamator pe cale generală.

Corticoizii pentru întrebuințare locală intralezională sînt : *Hidrocortizon acetat, Hidrocortizon terțiar butil-acetat, Prednisolonul acetat* în suspensie apoasă (Supercortisol), Prednisonul butil terțiar acetat. Există și combinații de corticoizi solubili și insolubili sub formă de Acetat de betamethason și de Betamethason disodium fosfat.

Corticoizii pentru uz extern sînt corticoizi administrați pe cale generală (în afară de Cortizon), ca și corticoizi externi specifici, care se administrează numai pe cale internă, încorporați în diverși vehiculi. Ei au o mare acțiune antiinflamatorie ; totuși, cei mai activi sînt cei mono- și difluorați. ACTH-ul are aceleași indicații ca și corticosteroizii, în afara cazurilor de insuficiență suprarenală.

INDICAȚII DERMATOLOGICE ASUPRA CORTICOIZILOR ADMINISTRAȚI PE CALE GENERALĂ

Trebuie întîi stabilită o diferență între bolile grave, fatale, unde tratamentul este absolut necesar și unde el necesită lungi cure, și bolile care nu sînt fatale, și în care administrarea corticosteroizilor timp mai îndelun-

Scanned with OKEN Scanner

gat poate provoca accidente mai grave decît boala însăşi pentru care a fost instituită corticoterapia.

Dacă în prima categorie de afecţiuni chestiunea limitării corticoterapiei nu se pune, problema are alt aspect pentru bolile categoriei a doua, unde administrarea de corticoizi trebuie să fie făcută după ce au fost considerate cu atenţie avantajele şi riscurile.

În categoria bolilor cu indicaţii absolute, în care tratamentul trebuie să fie intens şi continuu, cuprindem : pemfigusul sub toate formele sale, lupusul eritematos sistemic acut şi subacut, dermatomiozita acută, periarterita nodulară, anumite eritrodermii grave, reticulozele şi micozisul fongoid.

Noi am întrebuinţat de la început în pemfigus doze ridicate, dar niciodată atît de puternice ca cele indicate de Lever. Dacă în cursul tratamentului surveneau noi puseuri care nu erau ameliorate printr-o doză crescută, produsul era schimbat. Noi am întrebuinţat în special *Triamcinolonul, Betamethasonul, Paramethasonul.*

În lupusul eritematos sistemic acut cu leziuni viscerale, am instituit din capul locului un tratament intens, doza fiind condiţionată de lezările viscerale, în special de către leziunile renale. Corticoidul cel mai eficace s-a relevat a fi Triamcinolonul. Cînd simptomatologia se ameliora, noi adăugăm şi antipaludice de sinteză. Noi am obţinut rezultate mai bune cu Clorhidratul de mepacrină şi cu Fosfatul de clorochină. Triamcinolonul era administrat la fiecare 2—3 zile. În interval, asociind acid acetilsalicilic, reuşeam cîteodată să menţinem dispariţia fenomenelor clinice şi chiar a semnelor biologice, urmînd în tot acest timp tratamentul cu antipaludice. Cazurile cu leziuni renale avansate şi vechi n-au beneficiat de tratament.

În dermatomiozite, majoritatea autorilor recomandă corticoterapia în fază acută. Deseori noi n-am avut nevoie să recurgem la ea, obţinînd rezultate bune cu altă medicaţie.

În periarterita nodulară, corticosteroizii au modificat manifestările clinice ale bolii şi durata medie de viaţă a bolnavilor, fiind utili în special în perioada cînd boala devine acută.

În sclerodermia progresivă, corticosteroizii pot fi utili în prima fază a bolii ; în cea tardivă, ei pot fi chiar nocivi. În formele avansate, noi am întrebuinţat perfuzii cu ACTH natural sau sintetic, cu uşoare ameliorări.

Eritrodermiile, fie primitive, ca cele medicamentoase sau streptococice, fie secundare altor boli, ca psoriazisul, lichenul plan etc., beneficiază de tratamentul cu corticosteroizi. Singura recomandare este să nu se facă cure prelungite, pentru că recidivele sînt mai rebele la tratament. În plus, pentru eritrodermiile femeilor gravide, chiar dacă se utilizează corticoizii, ei nu trebuie administraţi pe cale venoasă.

În ertrodermiile infecţioase se asociază antibioterapia. În sindromul Lyell, însoţit de colaps periferic, se recomandă administrarea Hidrocortizonului pe cale intravenoasă. În formele de eritrodermie din cursul hematodermiilor, corticoterapia favorizează acţiunea citostaticelor sau a roentgenterapiei. În boala Dühring o corticoterapie prelungită duce la corticodependenţă. De aceea, nu am recurs la ea decît în cazurile în care

Scanned with OKEN Scanner

celelalte medicamente nu o influenţau, sau în perioada puseurilor accentuate.

În lichenul plan generalizat, corticoizii pot fi utili cînd afecţiunea evoluează încet şi este foarte pruriginoasă. În eritemul polimorf Stevens-Johnson, corticoizii sînt foarte utili. În psoriazis, corticoterapia nu are o acţiune favorabilă decît în forma eritrodermică, în psoriazisul pustulos şi în forma artropatică. În cea din urmă, ACTH-ul în perfuzie poate fi eficace. În eczema acută, corticoterapia este recomandabilă în cure scurte cînd aceasta este exsudativă şi întinsă. În eczema cronică, ca şi în dermatita atopică a adulţilor, nu este indicată decît în cazurile în care afecţiunea devine acută sau cînd e prea pruriginoasă ; bineînţeles, aceste cure trebuie să fie scurte. În dermatita atopică a copiilor, terapia generală trebuie evitată ; ea nu este utilă decît în formele eritrodermice. În dermatita actinică, în dermatitele medicamentoase, cu forme mai întinse şi mai severe, curele scurte pot aduce ameliorări spectaculoase. În şocul anafilactic, traumatic, arsuri, penicilinic, cînd acesta este însoţit de colaps periferic se preferă Hidrocortizonul pe cale intravenoasă sau Betamethasonul pe cale intramusculară.

Boala serului răspunde bine la tratamentul cu derivaţi sterici. În urticarie sau în edemul Quincke, însoţite de edemul glotei, derivaţii sterici sînt indicaţi în tratamentele de urgenţă.

Cît despre urticaria cronică rebelă la tratament, ACTH-ul retard administrat în 3—4 injecţii la fiecare 4—5 zile în cursul tratamentului de desensibilizare, poate fi util. În sarcoidoză, corticosteroizii sînt recomandabili, cu excepţia Dexamethasonului. În hematodermii, boala Kaposi, corticosteroizii sînt un ajutor preţios.

Tuberculozele cutanate reale, tuberculidele, se vindecă mai repede asociind corticoterapiei antibioticele împotriva bacilului Koch. În edemul cronic streptococic, corticoterapia este foarte utilă dacă este adăugată tratamentelor antimicrobiene. În herpesul zoster, cu toate că anumiţi autori se opun, noi am întrebuinţat-o cu succes pentru a calma durerile. În herpesul cronic recidivant există autori care au semnalat rezultate favorabile. Noi n-am întrebuinţat-o. În peladă s-a obţinut creşterea părului, deseori temporar, dar uneori însoţită de accidente severe, cînd s-au întrebuinţat doze ridicate. Noi am prescris Triamcinolonul în doze de 4 mg pe zi, pentru cure de 20 de zile, cu o pauză de 20 zile. N-am avut accidente şi vindecările s-au menţinut în majoritatea cazurilor.

INDICAŢIILE CORTICOTERAPIEI INTRALEZIONALE

Conticoizii injectabili au dat rezultate satisfăcătoare în cheloidele recente, în lichenul cornos sau obtuz, localizat, în lupusul eritematos discoid, în anumite plăci de psoriazis, în neurodermite, chisturi sebacee, acnee conglobată. Indurăţiile plastice ale corpilor cavernoşi beneficiază rar de acest tratament. În plăcile de peladă, conticoterapia lezională poate produce, în afara accidentelor oculare, atrofii cicatriceale, de aceea nu o aplicăm.

Scanned with OKEN Scanner

INDICAŢIILE CORTICORAPIEI TOPICE

În afara Cortizonului, toţi corticosteroizii întrebuinţaţi pe cale generală, nefluoraţi sau monofluoraţi, cît şi cei difluoraţi (corticoizi externi specifici), au o acţiune terapeutică topică în majoritatea proceselor inflamatorii ca eczemele, neurodermitele, granulomul anular, amiloidoza cutanată etc. În lupusul eritematos discoid, în psoriazis sînt activi : Fluorcinolonul, Fluorcortenul, 17-valerat de betamethason, Fluormethasonul pyvalax (Locacortenul), Fluormethalonul. Triamcinolonul şi Fosfatul de betamethason sînt activi în psoriazis, dar nu în lupusul eritematos. Dexametasonul, Prednisonul, Prednisolonul şi Hidrocortizonul nu sînt activi în psoriazis sau în lupusul eritematos. Succesul terapeutic este datorit în mare măsură vehiculului adecvat stadiului sindromului inflamator. În formele cronice, uscate, pansamentul ocluziv a permis rezultate superioare. Asocierea lui cu antibiotice şi antifungice permite întrebuinţarea lui în dermitele microbiene şi micotice. Terapia locală este şi mai eficace cînd i se adaugă substanţe chimice active. Corticoterapia locală este comparabilă cu cea generală din punctul de vedere al progresului tratamentului.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

ACKROYD J. F. — *Amer. J. Med.*, 1953, 14, 605.
AGÎRBICEANU T., PERSACHE C., ZINNER M. — *Derm Vener.* (Buc.), 1966, XI, 517.
AKOVIAN A.A., MUHAMEDOV S. M. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1968, 1, 74.
ALBERTAZZI F. — *Minerva Derm.*, 1968, 43, 2, 85.
ALESSI E., TOMASINI C. — Minerva Derm., 1968, 43, 10, 511.
ALEXANDER N. L. — Reaction with Drug Therapy, Saunders, N. Y., 1955.
ALLINGHTON N. V. — *Arch. Derm. Syph.*, 1952, 66, 316.
ALTERAŞ I., COJOCARU I. — *Derm. Vener.*, 1963, VIII, 157.
ALTERAŞ I, COJOCARU I., WOLKONSKI A. — *Derm. Vener.*, 1966, XI, 517
AMIROGO M., GULLOT C. — *Dermatologia Cosmetica.* Librăria „El Ateneo", Ed. Buenos Aires, 1955.
ANDREWS G. C. — *Aust. J. Derm.*, 1951, 1, 11.
ADRIASSIAN G. K. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1952, 2, 24.
ANGHELESCU M., PANTEA O. — *Derm. Vener.*, 1966, XI, 1.
ANGHELESCU M., PANTEA O. — *Derm. Vener.*, 1966, XI, 153.
ANGHELESCU M. — *Derm. Vener.*, 1958, III, p. 513.
ANGHELESCU M., PANTEA O. — *Timişoara med.*, 1968, 1, 79.
ANTONESCU ST. — *Derm. Vener.*, 1960, 549.
ARAVISKI N. A. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1950, 3, 11.
ARON BRUNETIÈRE R., ROBIN J. — *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1968, 1, 47.
ARON BRUNETIÈRE R. — *Brit. J. Derm.*, 1953, 65, 157.
ARUTIUNOV V. I. — Kogniie i. venericeskie bolezni. Medghiz, Moscova, 1956
ARUTIUNOV V. I. — *Ann. Derm. Syph. (Paris)*, 1965, 92, 489.
ASBOE-HANSEN G. şi colab. — *Arch. Derm. Syph.*, 1956, 73, 162
ATKINSON S. C., CARPENTER C.C. — *J. med. Soc. N. J.*, 1956, 53, 520
AUGUSTIN P., COMBIER J. — *Presse méd.*, 1963, 71, 119.
AVRAM A. — *Derm. Vener.*, 1965, X, 328
AYRES S., AYRES S. — *Arch. Derm. Syph.*, 1954, 69, 615
BAKER N., STATTAR H. A. — *Brit. J. Derm.*, 1968, 80/1, 46
BALDBRIGE I. D., KLIGMAN A. M. — *J. invest. Derm.*, 1951, 16, 1
BALISARIO J. C. — *Aust. J. Derm.* 1951, 1, 85.
BALL F. I. — *Arch. Derm. Syph.*, 1955, 71, 696
BALŞ M. G. — Antibioticele, Ed. a II-a. Ed. medicală, Bucureşti, 1965
BARBER H. W. — Modern Trends in Dermatol Ed. R. M. B. Mac Kenna P. B. Noeber. N. Y., 1948
BASSET M. şi colab. — *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1968, 2, 180
BĂDĂNOIU A. — *Derm. Vener.*, 1965, X, 541
BĂDĂNOIU A. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1960, 3, 271

Scanned with OKEN Scanner

BECKER F. T. — *Arch. Derm. Syph.*, 1953, 67, 173
BECKER F. T. și colab.— *Arch. Derm. Syph.*, 1958, 77, 406
BEERMAN H. — *Amer. J. med. Sci.*, 1952, 223, 433.
BELL R. F., HALPERIN G. M. — *Dermatologica (Basel)*, 1968, 136, 1, 18—28
BENETT J. N., REES R. B. — *Arch. Derm. Syph.*, 1957, 75, 181
BETHEL SOLOMONS — Lectures notes on Dermatology. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1965
BLUT F. — *Med. Klin. (Berlin)*, 1954, 49, 1 293
BOGDASZEWSLA-CZABANOWSKA I., WIEHLER E. — *Przegl. derm.*, 1968, 55/3, 349
BOHNSTEDT M. R. — *Hautarzt*, 1964, 11, 34
BOLAND E. W. — *Ann, rheum. Dis.*, 1962, 21, 176
BOLGERT M., SOURD L., VIERS J. — *Presse méd.*, 1968, 33, 1 639
BOLOGA E. — *Derm.-Vener.*, 1962, VII, 53.
BRAUN-FALCO O. — *Derm. Z.*, 1960, 142, 1 141
BRUCKNER I. — Terapeutică medicală, vol. II, p. 178, Ed. medicală Buc., 1960.
BUCUR G., NOAGHEA A. — *Derm.-Vener.*, 1968, 5, 393
BUHAROVICI — *Derm.-Vener.*, 1968, 2, 131
BURGESS-ss J. F., PRITCHARD J. E. — *Arch. Derm. Syph.*, 1948, 57, 953.
CARL W., LAYMON M. D. — *Arch. Derm.*, 1960, 82, 85
CARTEAUD A. — Dermatologie, Ed. AGEMP. Paris, 1967
CĂPUȘAN I. — *Derm.-Vener.*, 1967, 6, 419.
CHIOSA L. și colab. — Vitamine și antivitamine. Ed. Medicală, Buc., 1955
CHIRICUȚĂ I., MANDACHE F., TEODORIU T., TOFF A. — Arsurile. E.S.L.S., Buc., 1953
CHRISTIANSEN J. V. — *Brit. J. Derm.*, 1957, 69, 154
CHRISTIANSEN J. V. — *Brit. J. Derm.*, 1957, 69, 157
CIRINCIONE J. L. — *N. Y. St. J. Med.*, 1952, 52, 2 100
COHN M. M. și colab. — *J. inv. Derm.*, 1956, 26, 201
COJOCARU I. — *Derm.-Vener.*, 1961, 6, 505
COJOCARU I., ALTERAȘ I., DULĂMIȚĂ L., CINCĂ D., MIDAN F. — *Derm. Vener.*, 1968, 4, 323
COLȚOIU AL., DIACONU J. — *Derm.-Vener.*, 1960, 5, 379
COLȚOIU AL., WOLKONSKI A. și colab. — *Derm.-Vener.*, 1964, 4, 265.
COLȚOIU AL., DIACONU J., BALTĂ E. — *Derm.-Vener.*, 1967, 4, 365.
COLȚOIU AL., DIACONU J., GHEORGHIU GH. — *Derm.—Vemer.*, 1967, 5, 443
COLȚOIU AL., DIACONU J., DOROBANȚU V., GHEORGHIU GH. — *Derm. Vener.*, 1969, 3, 251
COLȚOIU AL., MATEESCU D., DIACONU J. — *Viața med.*, 1967, XIV, 20. 387.
COLȚOIU AL., MATEESCU D., DIACONU J. — *Derm.-Vener.*, XII, 27 1/1967
COLȚOIU AL., MATEESCU D., DIACONU J., DOROBANȚU V. — Viața med. 7/1969, 439
COLȚOIU AL., NICOLESCU FL., DIACONU J. — *Derm.-Vener.*, XIV, 368 4/1969
CONGRESSUS XII INTERNATIONALIS DERMATOLOGIAE, München, 1967, 2 vol. E. Springer, Berlin, 1968
CONNER S. K. — *Ann. rheum. Dis.*, 1957, 16, 76
CONU A., ȘERBĂNESCU FL. — *Derm.-Vener.*, 1963, 4, 265
CONU A. — Corelațiile dintre afecțiunile cutanate și patologia internă. Ed. Didactică și Pedagogică, Buc., 1967
CONU A., COLȚOIU AL., POPESCU GH., DIACONU J. — *Derm.-Vener.*, 1966, XI, 261.
CONU A. și colab. — *Derm.-Vener.*, 1966, 1, 15.
CONU A. — *Derm.-Vener.*, 1964, 521
CONU A. COLȚOIU AL., MATEESCU D., DIACONU J. — *Derm.-Vener.*, 2/1967, XII, 103
CONU A., IOSIF S. — *Derm.-Vener.*, 1968, 5, 431

Scanned with OKEN Scanner

COPPOLINO A., LA ROSA P. — *Minerva derm.*, 1968, 43, 1, 46
CORMIA F. E., KUYKENDALL V. — *J. Invest. Dermat.*, 1953, 20, 429
CORMIA F. E., KUYKENDALL V. — *Arch. Derm. Syph.*, 1954, 69, 206
CORNBLAT T. J. — *J. Invest. Dermat.*, 1956, 26, 435
COSTĂCHEL O., BUNESCU U. şi un colectiv de colaboratori — Tratamentul complex al cancerului, Ed. medicală, Buc., 1963
COSTEA V., MĂRCULESCU D., FURTUNESCU G. — *Rev. med. chir., Iaşi*, 1968, 2, 522.
CRISSEY J. T., MURRAY P. F. — *Arch. Derm. Syph.*, 1956, 74, 69
DARIER J., SABOURAUD., GOUGEROT H. ş. a. — Nouvelle Pratique Dermatologique. Ed. Masson, Paris, 1936
DAVIS M. J., WANDER PLOOG D. E. — *Arch. Derm. Syph.*, 1956, 73, 576
DEGOS R.— Dermatologie. Ed. Flammarion, Paris, 1962
DESAUX A. — Traitement des dermatoses communes. Ed. Masson, Paris, 1948.
DESAUX A. — Affections de la chevelure et du cuir chevelu. Ed. Masson, Paris, 1953.
DIACONU J. — *Derm.-Vener.*, 1962, 75, 1
DILLAHA C. J., TOTHMAN S. — *J. invest. Derm.*, 1952, 18, 5
DIMITRESCU A. — Cheilitele precanceroase. Teză de doctorat, Buc. noiembrie, 1967
DIMITRESCU A., BĂLUŞ L. — *Derm.Vener.*, 1956, 1 3, 182
DIMITRESCU A. — *Derm. Vener.*, 1957, 3, 221
DIMITRESCU A., TRIFU P. — *Derm. Vener.*, 1962, 2, 157
DIMITRESCU A. — *Derm. Vener.*, 1957, 2, 258
DOWNING J. G. — *New Engl. J. Med.*, 1953, 249, 9 766
DOWNING J. G. — Current Therapy. Ed. W. B. Saunders, Philadelphia, 1957.
DUBOIS E. L. — *Ann. intern. Med.*, 1956, 45, 163
DUBOIS E. L. — *J. Amer. med. Ass.*, 1956, 161, 427
DUBOIS E. L. — *Arch. intern. Med.*, 1954, 93, 667
DUEMLING W. W. — *Arch. Derm. Syph.*, 1954, 69, 75
DUMITRIU R. — *Derm.-Vener.*, 1966, 5, 425
DUMITRIU R. — Omagiu lui Şt. Gh. Nicolau, 387, Ed. Acad. R.S.R. Buc., 1965
DUMITRIU R., BUCUR G. — *Derm.-Vener.*, 1968, 3, 289
DUMITRIU R. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1965, 1, 49
DUMITRIU R. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1966, 6, 535
DUMITRIU R. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1965, 2, 155
DUMITRIU R., BUCUR G. — *Derm.-Vener.*, 1968, 4, 289
DUPERRAT B. — Précis de Dermatologie. Ed. Masson, Paris, 1959
EFERSOL H. — *Acta derm.-venerol.*, 1954, 34, 272
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Vol. Dermatologie. Ed. Masson, Paris, 1962
ENGLISCH A. R. şi colab. — Antibiot. and Chemother., 1956, 6, 511
EVOLCEANU R., ROXIN T., AVRAM A., ALTERAŞ I. — Dermatomicoze, Ed. Medicală, Buc., 1956.
FARBER E. M. — *Arch. Derm. Syph.*, 1956, 73, 50.
FEDOTOV V. P. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1968, 2, 59
FEINBERG SH. şi colab. — *J. Amer. med. Ass.*, 1957, 165, 1 560
FERREA E., GENTILI G. — *Minerva derm.*, 1968, 6, 285
FINLAND M. —*J. Amer. med. Ass.*, 1955, 158, 188
FISCHER — AMA — *Arch. Derm. Syph.*, 1956, 74, 50
FRANDIN N., LUPU O. — *Derm.-Vener.*, 1966, 6, 431
FRANDIN N., FORSEA D. — *Derm.-Vener.*, 1967, 6, 451
FRANDIN N., LUPU O. — *Derm.-Vener.*, 1963, 6, 429.
FRANDIN N., LUPU O. — *Derm.-Vener.*, 1962, 6, 499
FRANDIN N., LUPU O. — *Drem.-Vener.*, 1960, 6, 445
FRANDIN N., LUPU O. — *Derm.-Vener.*, 1964, 6, 443
FRANDIN N., LUPU O. — *Derm.-Vener.*, 1961, 6, 467
FRANDIN N., LUPU O. — *Derm.-Vener.*, 1963, 6, 423

Scanned with OKEN Scanner

FRANK L. — *Arch. Derm. Syph.*, 1958, 77, 433
FROMER J. L. — *Am. J. of. Surg.*, 1955, 90, 805
GADJOS A. — *Presse méd.*, 1968, 5, 207
GANDOLA M., PEURRELLI G. — *Minerva derm.*, 1968, 10, 396
GARROD L. P., WATERWORTH P. M. — *Brit. J. Vener. Dis.*, 1968, 44/1, 85—79
GAVRILESCU M., MUREȘAN D., POPA V. — Alergia. Ed. Medicală, Buc., 1966
GAY PRIETO J. — Dermatologie. Ed. a VI-a. Editorial Scientifico-Medica, Madrid, 1966
GEIB R., PANAITESCU GH. — Tratamentul antiinflamator nespecific. Ed. Medicală, Buc., 1965
GHEORGHIU GH., FORSEA D. — *Med. internă*, 1968, 11, 1 343
GIANNETTI A., PELFINI G. — *Minerva derm.*, 1968, 10, 528
GIP L., LODIN A., MOLIN L., MYSTROM B. — *Acta derm.-Vener.*, 1968, 48/3, 272
GLASER J., JOHNSTONE D. E. — *J. Amer. med. Ass.*, 1953, 153, 520
GLASSER J., JOHNSTONE D. E. — *J. Allergy*, 1954, 5, 447
GOECHERMAN W. H., O'LEARY P. A. — *J. Amer. med. Ass.*, 1952, 99, 2 102
GOECHERMAN W. H. — *Arch. Derm. Syph.*, 1950, 61, 237
GOLDMAN L. și colab. — *J. Amer. med. Ass.*, 1953, 152, 1 428
GOLOSCIAPOV N. M., DJEGUTANOV B. S., ZAIKA G. F. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1968, 10, 75
GOODMAN L. S., GILMAN A. — Bazele farmacologice ale terapeuticii. Ed. a II-a, Ed. Medicală, Buc., 1960
GOTTRON H. A., SCHÖNFELD W. — Haut-und Geschlechtskrankheiten, Ed. Thieme, Stuttgart, 1959
GRACIANSKY P., BOULLES S. — Atlas de Dermatologie. Ed. Maloine, Paris, 1953
GRACIANSKY P. — *Rev. Prat.*, 1968, 19, 2 901
GRUPPER CH. — *Presse med.*, 1968, 18, 877
GRZEGORCZYK L., SWIEBODA K. — *Pol. Tyg. lek.*, 1968, 23/13, 463
GUDYONSSON H., SKOG E. — *Acta derm.-venerol.*, 1968, 48/1, 15
GUSAROVA A. S. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1968, 6, 3
HADIDA E., SAYAG J. — *Presse med.*, 1964, 1, 178
HADIDA, TIMSEF J. — *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1966, 1, 48.
HASERICK J. R. și colab. — *J. Amer. med. Ass.*, 1951, 145, 861
HASERICK J. R. — *J. chron. Dis.*, 1955, 1, 317
HASKIN D. și colab. — *J. invest. Derm.*, 1953, 20, 207
INGRAM J. T. și colab. — *Brit. med. J.*, 1953, 248, 1 051
IOV GR., DUMITRESCU C. — *Derm.-Vener.*, 1961, 1, 83
IRGANG S. — *Arch. Derm. Vener.*, 1956, p. 595
JARRET A. — *Ann. Derm. Syph.*, 1956, 3, 21
JORDAN J. W. — *N. Y. St. J. Med.*, 1952, 52, 2 113
KAMINSKY N. — *Arch. Derm. Syph.*, 1957, 75, 379
KARTAMIȘEV I., KOJNIE I. — Venericeskie bolezni, Medghiz, Moscova, 1954
KAZACOV V. I. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1957, 1, 17
KEATY C. și colab. — *Arch. Derm. Syph.*, 1951, 63, 675
KESTEN B., SLATKIN M. — *Arch. Derm. Syph.*, 1953, 67, 284
KIBED A. V. — *Arch. Derm. Syph. (Berlin)*, 1942, 183, 15
KLEM A. — *Acta derm.-Venerol.*, 1951, 31, 74
KRAKUSIEVIC — *Scalpel*, 1964, 24, 4
KURNICK N. B. — *Arch. intern. Med.*, 1956, 97, 562
LABORDE S. — Le traitement des angiomes chez les enfants. Ed. Masson, Paris, 1956
LAKOS T. — *Ther. hung.*, 1968, 16/1, 33—37
LAMB J. N. și colab. — *Arch. Derm. Syph.*, 1950, 62
LANE S. L. și colab. — *Ann. Allergy*, 1953, 11, 615
LARIONOV L. F. — Chimioterapia tumorilor maligne, Ed. Medicală, 1963.
LAROSA P. — *Minerva derm.*, 1968, 12, 859
LE COULANT P., TEXIER L., TAMISIER J. M. — *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1968, 3, 382

Scanned with OKEN Scanner

LESUN G. — *Vestn., Derm.-Vener.*, 1957, 6, 17.
LE VAN P. — *Arch. Derm. Syph.*, 1954, 515
LE VAN P. — *Clin. Med.*, 1957, 4 sept.
LEWIS G. M. — *Brit. Med. J.*, 1955, 329
LEWIS G. M., FRUMES G. M. — *Arch. Derm. Syph.*, 1956, 73, 576
LACASSEGNE J. — *Paris méd.*, 1935, 1, 55
LIVINGOOD C. S. şi colab. — *Arch. Derm. Syph.*, 1954, 69, 43
LIVINGOOD C. S. şi colab. — *J. Amer. med. Ass.*, 1953, 153, 1 266
LONGHIN S., DIMITRESCU A., ANTONESCU ST. — Vol. Ses. St. I.M.F., p. 57, aprilie, 1967
LONGHIN S., DIMITRESCU A., TRIFU P. — *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1966, 73, 5 bis, 739
LONGHIN S., DIMITRESCU A. — *Derm.-Vener.*, 1963, 2, 101
LONGHIN S., DIMITRESCU A. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1968, 3, 385
LONGHIN S., POPESCU A., POPESCU M. — *Derm.-Vener.*, 1968, 1, 1
LONGHIN S. — *Derm.-Vener.*, 1967, 3, 289
LONGHIN S. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1962, 1, 35
LONGHIN S. — *Derm.-Vener.*, 1967, 3, 249
LONGHIN S., ANTONESCU ST., OLARU V. — *Derm.-Vener.*, 1961, 2, 118.
LONGHIN S. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1961, 6, 491
LONGHIN S., DIMITRESCU A., POPESCU-ENE CONSTANŢA — *Derm.-Vener.*, 1964, 209, 3
LONGHIN S., DIMITRESCU A., ANTONESCU ST. — Vol. Consf. Soc. de Dermat. Tg. Mureş, 1961, 197
LONGHIN S., DIMITRESCU A., BIBESCU I. — Vol. Conf. Nation. de Dermat. Buc., 1963, 55
LONGHIN S., TEODOSIU T şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1959, 2, 131
LONGHIN S. — *Bul. Soc. St. Med.*, 1954, IV, p. 567
LONGHIN S. — Sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement du psoriasis. IX-ème Congres Intern. de Derm. et Syph., Budap., 1935
LONGHIN S., BUCŞA T., IONESCU STOIAN P. — *Rev. Sanit. milit. (Buc.)*, 1936, 2, 211
LONGHIN S., ALBESCU V. — *Bul. Soc. St. Méd.*, Bucuresti, 1936, I, 1 211
LONGHIN S., ANTONESCU ST. — *Bul. Soc. St. Med.*, Bucureşti, 1952, 549
LONGHIN S. şi col. — Vol. Ses. Ştiinţ. F.P.S.—I.M.F., Buc., febr. 1956, 22.
LONGHIN S. şi colab. — Ses. Ştiinţ. I.M.F., Buc., noiembr. 1958, 52
LONGHIN S. şi colab. — Vol. Ses Ştiinţ. I.M.F., Bucureşti, Noiembrie, 1959, 64
LONGHIN S., DIMITRESCU A., WOLFSHAUT A. — Dermatozele copilului, Ed. Medicală, Buc., 1960
LONGHIN S. şi colab. — Vol. Conf. Nation. derm., Buc., 1963, 49
LONGHIN S., CONU A. — Vol. Conf. Nation. Derm., Buc., 1963, 43
LONGHIN S. şi colab. — Congres. XI Intern. Dermat., Stockholm, 1957
LONGHIN S., TEODOSIU T., DIMITRESCU A., ROŞU P. — *Derm.-Vener.*, 1958, 1, 59
LONGHIN S., TEODOSIU T., ANTONESCU ST. — *Derm.-Vener.*, 1956, 3, 198
LONGHIN S., DIMITRESCU A. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1959, 3, 263
LONGHIN S., ANTONESCU ST., ZELICOV — *Derm.-Vener.*, 1956, 1, 17
LONGHIN S., ANTONESCU ST., POPESCU A., BARBILIAN G. — *Rev. sanit. milit. (Buc.)*, 1968, 2, 185
LONGHIN S., DIMITRESCU A., MUNTEANU M., PETRESCU M. — *Derm.-Vener.*, 1968, 5, 385
LONGHIN S., POPESCU A., POPESCU M. — *Derm.-Vener.*, 1968, 1, 1
LORTAT JACOB E. — Les consultations journaliéres en dermatologie, Ed. Masson, Paris, 1964
LUBOWE I. I. — *Med. Tms. (Lond.)*, 1957, 85, 58
LUCA M. (de) — *Minerva derm.*, 1968, 3, 135
LUPER R. W., ALLENDE M. F. — *Arch. Derm. Syph.*, 1956, 73, 50
LUPULESCU A. — Hormonii steroizi, Ed. Medicală, Buc., 1958
LURIE V. G., LURIE I. V. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1968, 2, 34
LUSCOMBE N. A. — *Arch. Derm. Syph.*, 1956, 74, 548.

Scanned with OKEN Scanner

MACALPINE R.M.B. — Modern Trend in Dermatology, Ed. Butterworth Co, London, 1954
MAC KENNA R.M.B. — Modern Trend in Dermatology, Ed. Buttreworth, London, 1954
MALKINSON F. D. — *J. Amer. Med. Ass.*, 1955, 159, 1 117.
MARCUS M. D. şi colab. — *J. invest. Derm.*, 1953, 21, 75
MARTINI G. A. — *Klin. med.*, 1955, 153, 470
MASKILLEISON L. N. — Leukemie. Profilaktika kojnîh boleznei Medghiz, Moscova, 1957
MATARASSO M. — *Ann. Derm. Syph.*, 1932, 3, 818
MAUNTEN A. — *Antibiot. and Chemother.*, 1956, 6, 480
MC VAY L. V., SPRUNT D. H. — *J. Amer. med. Ass.*, 1953, 153, 95
MILCU ŞT. şi colab. — Endocrinologie clinică. Ed. medicală, Buc., 1967
MILCU ŞT. — Terapeutica bolilor endocrine, Ed. Acad. R.S.R., Buc., 1964
MILCU ŞT. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1956, 4, 310
MUNTEANU M. — *Rev. med. chir.*, 1968, 3, 749
MUNTEANU R. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1968, 6, 501
MUREŞAN D. — *Derm.-Venerol.*, 1965, 3, 235
NADEL A. — *Acta derm.-Venerol.*, 1930, 11, 141
NĂSTASE GH. — *Derm.-Venerol.*, 1960, 3, 193
NEGULESCU V. M. — *Derm.-Vener.*, 1964, 1, 61
NELSON C. T., BRODEY M. — *Arch. Derm. Syph.*, 1955, 72, 495
NICOLAU ŞT. GH., AVRAM A. — *Derm.-Vener.*, 1962, 4, 385
NICOLAU ŞT. GH., BĂDĂNOIU A. — *Derm.-Vener.*, 1961, 2, 109
NICOLAU ŞT. GH., NOAGHEA GH. — *Derm-Vener.*, 1968, 1, 47
NICOLAU ŞT. GH., BĂDĂNOIU A. — Probleme de actualitate în medicină, Ed. Medicală, Buc., 1960, 153
NICOLAU ŞT. GH. — *Ann. Derm. Syph.*, 1966, 2, 147
NICOLAU ŞT. GH. şi colab. — Dermato-Venerologia, Ed. Medicală, Buc., 1958.
NICOLAU ŞT. GH., BĂLUŞ L. — Precancerul pielii. Ed. Acad. R.S.R., Buc., 1963
NICOLAU ŞT. GH., NOAGHEA G. — *Derm.-Vener.*, 1968, 1, 51
NOAGHEA GH. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1957, 4, 419.
NOOJIN R. E. — *Sth med.*, 1956, 49, 149
OBERMAYER M. F. — Psychcutan. Med. — Ed. Ch. C. Thomas, N. Y., 1955
O'LEARY şi colab. — *Arch. Derm. Syph.*, 1953, 67, 633
ORMSBY O. S., MONTGOMERY A. — Diseases of the skin. Ed. Lea and Febiger, 1954.
PACE H. R., SCHONTZ S. I. — *J. Amer. med. Ass.*, 1956, 162, 268
PAVLOV S. T., SAPOSNIKOV O. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1959, 4, 3
PILLSBURY D. M., JACOBSON C. — *J. Amer. med. Ass.*, 1954, 154, 1 330
PILISBURY D. M., SCHELLEY W. B., KLIGMAN A. N. — Dermatology. Ed. Saunders, Philadelphia, 1956
POPESCU A., POPESCU M. — *Derm.-Vener.*, 1967, 6, 527
POPESCU A. — *Derm.-Vener.*, 1968, 2, 145
POTAPAEV E. V. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1968, 6, 55
PRAKLEN J. B., VOORDEMAN — *Bull. J. Dermat.*, 1955, 67, 92
PRODUSE FARMACEUTICE — Ed. Medicală, Buc., 1962—1968
PROGRESE RECENTE ÎN MEDICINĂ — Ed. Medicală, Buc., 1968
PROKOPCIUK A. J. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1940, 2, 13
PROLO G., GIGGI G. — *Minerva derm.*, 1968, 1, 43
PUTKONEN T., LASSUS A., RENKONEN O. V. — Duodecim (Helsinki), 1968, 84/8, 517
RATTNER H. — *J. Amer. med. Ass.*, 1955, 159, 1 299
REIFENSTEIN E. C. — *J. South. Med. Ass.*, 1956, 49, 933
REIN G. R. şi colab. — *J. Amer. med. Ass.*, 1957, 165, 1 821
REUTER M. — *Acta Dermato.-Venerol.*, 1952, 32, 274

Scanned with OKEN Scanner

REUTER M. — *Brit. J. Derm.*, 1954, 66, 174
REZNICK L. şi colab. — New Eng. J. Med., 1953, 255, 305
RIMBAUD P. — Dermatologie infantilă. Clinique et thérapeutique. Ed. G. Doin, Paris, 1952
ROBINSON H. M. — *Arch. Derm. Syph.*, 1954, 69, 414
ROGERS J., FINN O. A. — *Arch. Derm. Syph.*, 1954, 70, 61
ROGERS J., FINN O. A. — *Arch. Derm. Syph.*, 1956, 74, 387
ROMY N. R., COHEN D. M. — *J. Invest. Derm.*, 1955, 25, 285
ROOK A. — *Brit. Med. J.*, 1961, I, 609
ROSTENBERG A., WEBSTER J. A. — *J. Amer. med. Ass.*, 1954, 154, 221
ROTHMAN S. — Physiology and Biochemistry of the skin Chicago Univ. Press., 1954
ROXBURG A. C. — Common skin diseases, Ed. N. K. Lewis Co. Ltd. London, 1957
ROXIN T. — *Derm. Vener.*, 1962, 4, 427
ROXIN T., DIMITRESCU A. — *Oncologia*, 1955, 2, 112
ROXIN T. — *Derm.-Vener.*, 1964, 1, 61
ROZENTHAL M. A. — Obs. terapia kohnih boleznîi. Medghiz, Moscova, 1956
RUEDEMANN R. — *Arch. Derm. Syph.*, 1954, 69, 738
SEZARY M. — *Bull. Soc. franç. Derm. Syph.*, 1933, 40, 428
SHELDON J. M. şi colab. — *J. Allergy*, 1954, 25, 525
SHELEY W. B. — *J. Amer. med. Ass.*, 1953, 152, 670.
SIDI E., BRUNETIÈRE A. — Precis de dermatologie corrective. Ed. Masson, Paris, 1952.
SLEPYAN A. N. — *Arch. Derm.*, 1952, 65, 228
STEINBERG CH., ROODENBURG A. I. — *Ann. int. med.*, 1956, 44, 316
STERNBERG TH., NEWCOMER V. D. — *Amer. Pract. July*, 19, 55
STERNBERG TH. — *J. Amer. med. Ass.*, 1952, 148, 904
STERNBERG TH., NEWCOMER V. D. — Modern Dermatology Therapy, McGraw — Hill Book Comp. N. Y., 1959
SULLIVAN M., KING L. — *Arch. Derm. Syph.*, 1947, 56, 30
SULZBERGER M. B., WOLF I., WITTEN V. H., KOPF A. W. — Dermatology Diagnosis and Treatment. Ed. II. The Year Book. Publ. IMC, Chicago, 1961.
SULZBERGER M. B. şi colab. — *J. Amer. med. Ass.*, 1953, 151, 468
SULZBERGER M. B., WITTEN V. H. — *Med. Clin. Amer.*, 1951, 373
SULZBERGER M. B., BAER R. L. — Yearbook Derm. and Syph. Ed. Yearbook Publich. N. Y., Series 1952—1964.
SUTTON R. L. — Diseases of the skin. Ed. a 11-a, Ed. C. V. Mosby Company, St. Louis, 1956
TAS J. — *Excerpta med.* Sect. XIII, 1952, 6, 368
TEODORESCU ST. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1958, 5, 411
TEODORESCU ST. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1965, 1, 55
TEODORESCU ST., CONU A. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1961, 1, 17
TEODORESCU ST., COLŢOIU AL., NICOLESCU FL., DIACONU J. — *Derm.-Vener.*, 1965, 3, 217
TEODORESCU ST., CONU A. — Tratamentul bolilor de piele, Ed. Medicală, Buc., 1960
TEODORESCU ST., CONU A. — Terapie generală dermato-venerologică, Ed. Medicală, Buc., 1957
TEODOSIU T., DIMITRESCU A. — A V-a Sesiune Ştiinţifică a I.M.F. Vol. rezum., 1959, 72
ŢÎRLEA P., ANGHELESCU M. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1960, 5, 433
ŢÎRLEA P., FEODOROVICI ST. — *Derm.-Vener.*, 1961, 4, 321
ŢÎRLEA P., ANGHELESCU M. — Vol. Conf. Naţională de Derm.-Vener., Buc. 1963, 32
ŢÎRLEA P., CĂPUŞAN I., BOCIAT T. şi colab. — *Derm.-Vener.*, 1968, 2, 56
TROY G. şi colab. — *Arch. Derm.*, 1960, 82, 105
TURELL R. — *Surg. Gynec. Obstet.*, 1957, 104, 233
UJVARY I., KISS B. — *Derm.-Vener.*, 1961, 5, 403

Scanned with OKEN Scanner

VACCARI R. — *Minerva derm.*, 1968, 2, 80
VAN STEENBERGEN E. P., VON JONGE H. DE SMIT F. — Dermatologica 1968, 137/3, 139.
VEDROVA I. N., MALDIBASEV K. K. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1968, 10, 81
VIDMAR B., HUNZIKER N., LOZERON H., JADASSOHN W. — Dermatologica (Basel), 1968 137/1, 61
VUJASIN J., PETROVICI D. — *Dermatologica (Basel)*, 1952, 105, 180
VULCAN P. — *Derm.-Vener.*, 1964, 2, 107
WAISBREN B. A. — *Antibiot. Chemother.*, 1957, 7, 322
WELSH A. L., EDE M. — *Arch. Derm. Syph.*, 1957, 75, 130
WHELA S. T. — *Arch. Derm. Syph.*, 1955, 71, 724
WINTER L. — *Brit. J. Derm.*, 1950, 62, 83
WITTKOWER E., RUSSEL B. — Emotional factors in skin diseases. Ed. P. P. Hoerber, N. Y., 1953.
WNIGHT E. T., GRECO D. J. — *Arch. Derm. Syph.*, 1956, 74, 543
WOODBURNE A. R. şi colab. — *Arch. Derm. Syph.*, 1954, 70, 116
ZABOIKINA V. — *Vestn. Derm. Vener.*, 1968, 6, 40
ZAKON S. J. — *Arch. Derm. Syph.*, 1955, 71, 520
ZARAFONETIS CHRIS. şi colab. — *J. invest. Derm.*, 1948, 11, 359
ZARAFONETIS CHRIS. J. D. — *Ann. intern. Med.*, 1949, 30, 1 188
ZARAFONETIS CHRIS., J. D. şi colab. — *J. Invest. Derm.*, 1948, 11, 359.
ZIRILLI L., ROSA P. — *Minerva derm.*, 1968, 43/9, 459
ZUCCHI M. — *Minerva derm.*, 1968, 43/4, 196

Scanned with OKEN Scanner